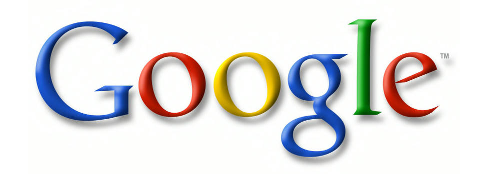
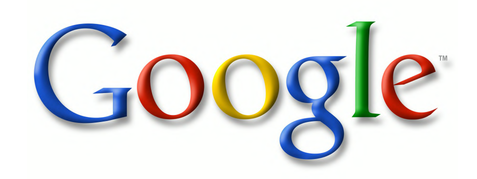



Google

MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon 2.

MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

TOME CINQUIÈME



PARIS

VICTOR MASSON ET FILS

Place de l'École-de-Médecine

M DCCC LXIII

STATUTS

DE

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

FONDÉE LE 23 AOUT 1843

ET RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE LE 29 AOUT 1859.

TITRE PREMIER.

Constitution et but de la Société.

ARTICLE PREMIER.

Il est formé à Paris une Société de chirurgie qui prend le nom de *Société de chirurgie de Paris*.

ART. 2.

Elle a pour but l'étude et les progrès de la chirurgie ; ses travaux comprennent tout ce qui peut concourir à cet objet.

TITRE II.

Composition de la Société.

ART. 3.

Sont fondateurs de la Société :

MM. AUG. BÉRARD, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie impériale de médecine de Paris.

G. MONOD, chirurgien de la Maison royale de santé, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

MM. Alph. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Michon, chirurgien de l'hôpital Cochin et du collége Louis-le-Grand, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Guersant (fils), chirurgien de l'hôpital des Enfants.

Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Danyau, chirurgien-professeur adjoint de la Maison d'accouchement, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Lenoir, chirurgien de l'hôpital Necker, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Malgaigne, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

P. Huguier, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Ph. Rigaud, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg, ex-chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Nélaton, chirurgien de l'hospice de la Vieillesse (hommes), agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Denonvilliers, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris.

Maisonneuve, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris

Chassaignac, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Cullerier, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Marjolin (fils), chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Art. 4.

La Société se compose de membres titulaires, de membres honoraires, d'associés étrangers, de correspondants nationaux et de correspondants étrangers.

ART. 5.

Le nombre des titulaires est fixé à 35, celui des associés étrangers à 20, celui des correspondants nationaux à 70, celui des correspondants étrangers à 70. Le nombre des membres honoraires n'est pas limité.

ART. 6.

Les membres titulaires et honoraires ont seuls voix délibérative ; ils peuvent seuls faire partie des commissions et prendre part aux élections. Les titulaires seuls peuvent faire partie du Bureau.

ART. 7.

Les conditions de toute candidature pour les places de titulaires et de correspondants nationaux sont : 1° d'être *docteur en médecine* ou en *chirurgie ;* 2° d'avoir présenté à la Société un travail inédit ; 3° d'avoir adressé à la Société une demande écrite spéciale.

ART. 8.

L'envoi d'un travail manuscrit ou imprimé est la seule condition exigée pour les candidatures aux places de membres correspondants étrangers.

ART. 9.

Seront nommés membres honoraires : 1° les titulaires qui, après au moins dix ans de titulariat, en feront la demande, et obtiendront le consentement de la Société ; 2° les chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris en exercice depuis plus de douze ans, qui en feront la demande écrite et qui obtiendront au scrutin secret la majorité des suffrages ; 3° en outre, la Société se réserve le droit de nommer directement aux places de membres honoraires des chirurgiens éminents qui n'auraient pas fait acte de candidature. Mais ces dernières nominations ne pourront avoir lieu que sur une demande écrite, signée de dix membres titulaires, et sur l'avis favorable d'une commission chargée de faire à la Société un rapport sur cette demande.

ART. 10.

Les associés étrangers sont choisis par la Société, sur la présentation et le rapport d'une commission spéciale, parmi les chirurgiens étrangers depuis longtemps célèbres par leurs travaux, leur pratique ou leurs écrits.

ART. 11.

Toutes les élections se font au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents. Les élections des titulaires et des honoraires n'ont lieu que lorsque les deux tiers des membres titulaires prennent part au scrutin. Pour les autres élections, il suffit de la moitié plus un des membres titulaires.

Quand il doit être procédé à une élection, les membres titulaires et honoraires sont avertis par une convocation spéciale.

TITRE III.

Administration de la Société.

ART. 12.

Le Bureau est ainsi composé :

Un Président.
Un Vice-président.
Un Secrétaire général
Deux Secrétaires annuels.
Un Bibliothécaire archiviste.
Un Trésorier.

ART. 13.

Le Président, élu pour un an, n'est rééligible qu'après une année d'intervalle. Le Secrétaire général, nommé pour une période de cinq ans, n'est pas rééligible à la fin de cette période, mais il peut être réélu plus tard. Les autres membres du Bureau sont nommés pour un an et rééligibles.

ART. 14.

Le Bureau représente la Société vis-à-vis des tiers.

ART. 15.

Le Président remplit les fonctions d'ordonnateur : il signe les mandats de dépense de concert avec le Secrétaire général.

ART. 16.

Le Trésorier rend chaque année un compte détaillé de sa gestion.

ART. 17.

Les délibérations relatives à des aliénations, acquisitions ou échanges d'immeubles et à l'acceptation de dons ou legs, sont subordonnées à l'autorisation du Gouvernement. Elles ne peuvent être prises qu'après une convocation spéciale, et à la majorité des deux tiers des membres titulaires et honoraires présents.

TITRE IV.

Ressources de la Société.

ART. 18.

Les ressources de la Société se composent :

1° Du revenu des biens et valeurs de toute nature appartenant à la Société ;

2° Du droit d'admission pour les titulaires et correspondants nationaux : ce droit est fixé à 20 francs ;

3° De la cotisation mensuelle payée par les membres titulaires et honoraires; le montant en est fixé chaque année par la Société ;

4° De la cotisation annuelle payée par les membres correspondants nationaux ;

5° Des amendes encourues suivant qu'il sera statué par le règlement;

6° Du produit des publications ;

7° Des dons et legs qu'elle est autorisée à recueillir;

8° Des subventions qui peuvent lui être accordées par l'État.

ART. 19.

Les fonds libres sont placés en rente sur l'État.

TITRE V.

Des séances et de la publication des travaux.

Art. 20.

La Société se réunit en séance toutes les semaines; les séances sont publiques. La Société peut se former en comité secret.

Art. 21.

Il y a tous les ans une séance solennelle publique.

L'ordre du jour de la séance se compose :

1° D'un rapport fait par le Président sur la situation morale et financière de la Société ;

2° Du compte rendu par le Secrétaire général ou l'un des Secrétaires délégué par le Président, des travaux de la Société pendant le courant de l'année ;

3° De l'éloge des membres décédés ;

4° Du rapport sur les mémoires et les thèses envoyés pour les prix, s'il y a lieu.

Art. 22.

Le procès-verbal de la séance, le rapport du Président et le compte rendu du Secrétaire sont adressés à M. le ministre de l'instruction publique.

Art. 23.

La Société publie chaque année un volume de ses travaux.

TITRE VI.

Dispositions générales.

Art. 24.

La Société s'interdit toute discussion étrangère au but de son institution.

Art. 25.

Un règlement particulier soumis à l'approbation du Ministre de l'instruction publique détermine les conditions d'administration inté-

rieure, et, en général, toutes les dispositions de détail propres à assurer l'exécution des Statuts.

ART. 26.

Nul changement ne peut être apporté aux Statuts qu'avec l'approbation du Gouvernement.

ART. 27.

En cas de dissolution, il sera statué par la Société convoquée extraordinairement sur l'emploi et destination ultérieurs des biens, fonds, livres, etc., appartenant à la Société. Dans cette circonstance, la Société devra toujours respecter les clauses stipulées par les donateurs en prévision du cas de dissolution.

RÈGLEMENT

DE

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

TITRE PREMIER.

Attributions du Bureau.

ART. 1er.

Le Président règle l'ordre d'inscription des personnes qui ont des communications à faire à la Société ; il appelle les sujets à traiter conformément à l'ordre du jour ; il dirige les discussions, met aux voix les propositions, recueille les suffrages et proclame les décisions de la Société. Il nomme, de concert avec les autres membres du Bureau, les commissions chargées des rapports ou des travaux scientifiqnes ; il veille à la régularité des listes de présence et les arrête à heure fixe, ainsi qu'il sera dit à l'article 10 ; enfin, il assure le maintien de l'ordre.

ART. 2.

Le Président, en cas d'absence, est remplacé par le vice-Président.

ART. 3.

Le Secrétaire général a pour fonctions de préparer l'ordre du jour de chaque séance, de faire le dépouillement préalable des pièces de la correspondance manuscrite ou imprimée, de les mettre en ordre et d'en présenter une analyse sommaire ; de rédiger et de signer les délibérations, les lettres écrites au nom de la Société, ainsi que tous les actes émanant d'elle,

d'enregistrer toutes les pièces, de composer des notices ou des éloges et de faire enfin le compte rendu annuel des travaux de la Société. Ce dernier travail pourra être fait par l'un des secrétaires annuels, ainsi qu'il est dit en l'article 21 des Statuts.

Le Secrétaire général, en cas d'absence ou de maladie, peut être remplacé provisoirement par l'un des Secrétaires annuels.

Les Secrétaires annuels sont chargés de rédiger les procès-verbaux des séances, d'en faire la lecture et d'en surveiller l'impression, de concert avec le Secrétaire général.

ART. 4.

Toutes les pièces adressées à la Société sont datées et paraphées par le Secrétaire général, le jour même de leur réception. La présentation et la lecture de ces pièces sont constatées de la même manière.

ART. 5.

Le Bibliothécaire est aussi le conservateur des archives ; les livres, gravures, instruments, et tous les objets offerts à la Société ou acquis par elle, sont également mis sous sa garde. Il dresse tous les ans un catalogue et un inventaire des objets de tout genre qui lui ont été remis pendant l'année écoulée.

ART. 6.

Le Trésorier a la charge de toutes les écritures relatives à la comptabilité de la Société ; il signe, de concert avec le Président et le Secrétaire général, les bordereaux de dépenses ; il reçoit le prix des diplômes, les cotisations et le montant des amendes. Il est dépositaire des feuilles de présence et d'émargement ; il solde les bordereaux de dépenses, en tient note exacte, et rend un compte détaillé, à la fin de l'année, à une commission spéciale, ainsi qu'il est dit en l'article 44.

TITRE II.

Des séances.

ART. 7.

Les séances de la Société ont lieu tous les mercredis, de trois heures et demie à six heures, au siége de la Société, rue de l'Abbaye, n° 3.

ART. 8.

Lorsqu'un membre correspondant ou un associé étranger assiste à la séance, le Président en informe la Société, et mention en est faite au procès-verbal.

ART. 9.

Un registre spécial est ouvert sur le bureau, durant toute la séance, pour recevoir indistinctement les signatures de tous les membres présents. Les titulaires sont tenus, en outre, de signer en temps utile la feuille de présence et la feuille d'émargement.

ART. 10.

Tout membre titulaire qui n'aura pas signé la liste de présence avant quatre heures, et la liste d'émargement après quatre heures et demie, sera passible d'une amende de cinq francs. Il n'est admis d'excuse à cet égard que lorsqu'un membre a obtenu un congé pour des motifs reconnus légitimes.

ART. 11.

Les demandes de congés sont examinées par une commission de trois membres, nommée au scrutin et renouvelée tous les ans, qui, appréciant la validité des demandes, accorde ou refuse les congés. Ses décisions sont absolues.

ART. 12.

Les travaux des séances ont lieu dans l'ordre suivant :

1° Lecture et adoption du procès-verbal ;

2° Correspondance ;

3° Lecture des rapports ;

4° Lecture des travaux originaux ;

5° Présentation de malades, de pièces anatomiques et d'instruments.

Néanmoins, la Société peut, sur la proposition du Bureau et selon le besoin, intervertir cet ordre des travaux.

ART. 13.

La Société entend la lecture des mémoires et des rapports, d'après leur ordre d'inscription et en donnant la préséance à ses membres. Ce-

pendant elle peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur à des personnes étrangères. Tout travail manuscrit adressé pour être lu en séance le sera à son tour d'inscription, après avoir été soumis à l'approbation du Bureau. Cependant la Société peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur.

ART. 14.

Une lecture ne peut être interrompue, suspendue et renvoyée à une commission que d'après l'avis du Bureau ; en cas de réclamation, la Société, consultée, prononce une décision.

ART. 15.

Tout travail manuscrit communiqué par des personnes étrangères à la Société est déposé sur le bureau, et ne peut, dans aucun cas, être repris par l'auteur. Après le rapport fait, le travail et le rapport sont classés aux archives, et alors seulement l'auteur peut faire prendre copie de son ouvrage. Une exception est faite à cet égard pour les planches et dessins, qui resteront la propriété de l'auteur.

ART. 16.

Tout travail inédit présenté par des personnes étrangères à la Société sera l'objet d'un rapport, soit verbal, soit écrit, selon son importance et ainsi que le Bureau en décidera. Cependant, si trois membres réclament contre la décision du Bureau, la Société pourra la modifier. Les ouvrages imprimés qui auront trait à la chirurgie et qui auront été offerts à la Société, pourront être l'objet d'un rapport verbal ou écrit.

ART. 17.

Les commissions chargées de rapports écrits sont composées ordinairement de trois membres, et exceptionnellement de cinq. Les rapports verbaux sont confiés à un seul rapporteur.

ART. 18.

Le commissaire nommé le premier reçoit les pièces à examiner, et en accuse réception sur un registre spécial. C'est lui qui est chargé de convoquer la commission, et celle-ci choisit elle-même son rapporteur.

ART. 19.

Tout rapport verbal devra être fait dans le mois qui suivra la remise des pièces au rapporteur, tout rapport écrit dans le délai de deux mois. Toutefois, la Société pourra proroger ce délai si la nature du travail l'exige. Les commissaires en retard seront, au bout de trois mois, avertis publiquement en séance par le Président, et celui-ci, après deux avertissements, aura le droit de nommer une autre commission.

ART. 20.

Si l'ordre des travaux de la Société ne permet pas d'entendre les rapports dans les délais précités, le rapporteur justifiera de l'accomplissement de ses devoirs, savoir : pour les rapports verbaux, par son inscription sur le registre du Président; pour les rapports écrits, par le dépôt du rapport sur le bureau.

ART. 21.

Tout rapport est discuté avant d'être mis aux voix. La parole est en conséquence accordée à tous les membres qui la réclament, chacun à son tour et suivant l'ordre d'inscription dressé par le Président. Si toutefois une discussion s'animait assez pour que des orateurs déclarassent s'inscrire *pour* ou *contre*, la parole serait accordée alternativement à un orateur *pour* et à un orateur *contre*.

ART. 22.

Par exception à l'article précédent, la parole doit être accordée à tout orateur qui la demande durant le cours de la discussion pour rétablir la question, pour réclamer la clôture ou l'ordre du jour, et enfin pour un fait personnel.

ART. 23.

Le même membre ne peut obtenir plus de trois fois la parole dans une discussion, à moins d'une décision de la Société.

ART. 24.

Le rapporteur a le droit de prendre la parole le dernier.

ART. 25.

Le Président rappelle à l'ordre quiconque dépasserait les limites de la discussion scientifique, et il rappelle à la question tout orateur qui s'éloignerait de l'objet de la discussion.

ART. 26.

La discussion, une fois ouverte, ne peut être fermée que de deux manières : ou bien parce qu'aucun membre ne demande plus la parole, ou bien parce que la Société, consultée, prononce la clôture ou l'ordre du jour.

ART. 27.

En conséquence, le Président ne peut, de sa propre autorité, interrompre ou terminer une discussion, proposer la clôture ou l'ordre du jour, et, pour consulter la Société à cet égard, il faut que la clôture ou l'ordre du jour, proposé par un membre, soit appuyé par deux autres membres au moins. Toutefois, dans le cas où l'ordre ne pourrait être rétabli, le Président, après avoir consulté les autres membres du Bureau, a le droit de lever la séance.

ART. 28.

Après la discussion d'un rapport, les conclusions seules sont mises aux voix ; s'il y a des amendements appuyés, ils ont la priorité. Si cependant la proposition nouvelle entraînait le rejet des conclusions du rapport, celles-ci seraient mises aux voix les premières.

ART. 29.

Les personnes étrangères à la Société ne peuvent assister à la lecture et à la discussion des rapports faits sur leurs ouvrages. Le Secrétaire général est chargé de leur adresser la copie certifiée des conclusions adoptées ; ils peuvent aussi consulter le rapport même aux archives ; mais, dans aucun cas, il ne leur sera permis d'en prendre copie.

ART. 30.

Les communications faites par les membres de la Société ne sont pas soumises à un rapport, et la discussion peut s'ouvrir immédiatement après. Néanmoins, sur la demande de trois membres, la Société peut passer à l'ordre du jour et renvoyer la discussion à la séance suivante.

ART. 31.

Après la clôture des discussions ouvertes sur les travaux des membres de la Société, on passe à l'ordre du jour, si nulle proposition n'est faite. Tout membre titulaire ou honoraire a le droit de réclamer l'envoi du

travail discuté au comité de publication ; si cette proposition est appuyée au moins par deux autres membres, elle est immédiatement mise aux voix.

ART. 32.

La Société n'autorise aucuns frais de dessin ou de moulage d'une pièce pathologique, sans que la description écrite de celle-ci et l'observation qui s'y rattache aient été préalablement déposées sur le bureau.

TITRE III.

Comités secrets.

ART. 33.

Les comités secrets ont lieu le jour des séances de la Société, à quatre heures et demie. Toute lecture, toute discussion doit immédiatement cesser à l'heure indiquée.

ART. 34.

Le comité secret est annoncé en séance par le Président huit jours à l'avance. Les membres absents sont avertis par lettres dans le courant de la semaine. Exceptionnellement, et seulement pour cause majeure et urgente, le Président, sur l'avis du Bureau, peut décider que le comité secret aura lieu le jour même.

ART. 35.

Chaque membre titulaire ou honoraire a le droit de provoquer un comité secret. A cet effet, il dépose sur le bureau une demande écrite et motivée, signée de lui et de deux autres membres. Le Président, après avoir pris connaissance de cette proposition et consulté le Bureau, accorde ou refuse le comité secret. Toutefois, les demandes rejetées par le Président peuvent toujours être soumises à la Société, qui prononce souverainement.

ART. 36.

Dans les comités secrets, convoqués suivant les formalités indiquées dans les deux articles précédents, les membres présents pourront voter quel que soit leur nombre ; il suffira, pour la validité du vote, que la majorité des assistants y ait pris part, excepté dans les cas prévus par les articles 67 et 68 du Règlement.

TITRE IV.

Recettes et Dépenses.

ART. 37.

Le droit d'admission dans la Société est fixé à 20 francs pour les membres titulaires, honoraires et correspondants nationaux. Le diplôme des associés et des correspondants étrangers est gratuit.

ART. 38.

Les membres titulaires et honoraires sont soumis à la même cotisation mensuelle, fixée comme il est dit en l'article 18 des Statuts. Les membres honoraires nommés avant le 1er janvier 1862 sont exempts de cette cotisation.

ART. 39.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 sont soumis à une cotisation annuelle de 25 francs, qui est perçue à leur domicile, aux frais de la Société, à la fin de chaque année.

ART. 40.

Le Trésorier fait recouvrer les amendes sans retard, et porte en compte les frais de ces recouvrements.

ART. 41.

Tout membre qui, trois mois après la mise en demeure faite par le Trésorier, n'aura pas versé le montant de sa cotisation et des amendes qu'il aura encourues, recevra successivement deux avertissements officiels, signés par le Président et par les autres membres du Bureau. Si ces avertissements sont sans effet, il sera déclaré démissionnaire, et perdra ses droits à sa part de propriété des objets appartenant à la Société.

ART. 42.

Le Trésorier conserve les listes de présence comme pièces de comptabilité; il tient, en outre, un registre exact de toutes les amendes encourues pour toutes les causes spécifiées dans le présent Règlement.

ART. 43.

Les recettes provenant de la vente des publications de la Société seront encaissées par le Trésorier aux échéances convenues avec les libraires chargés de la vente, et le placement en sera fait le plus tôt possible.

ART. 44.

Les frais de bureau et d'administration sont réglés par le Bureau, et acquittés par le Trésorier sur le visa du Président.

ART. 45.

Les frais de publication sont réglés par le Comité de publication, et acquittés par le Trésorier sur le visa du Président.

ART. 46.

Le Trésorier présente ses comptes dans l'avant-dernière séance de décembre. Une commission composée de cinq membres est nommée par le sort, séance tenante, et doit faire un rapport détaillé sur ces comptes dans la séance suivante. La Société vote ensuite sur ce rapport; après quoi, s'il y a lieu, le Président donne au Trésorier décharge de sa gestion sur ses registres mêmes. Tout retard dans la présentation des comptes ou du rapport fera encourir au Trésorier ou à chacun des Commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

ART. 47.

Immédiatement après le renouvellement du Bureau, une commission composée de trois membres est désignée par le sort pour examiner le catalogue des pièces anatomiques, dessins, instruments, etc., confiés au Bibliothécaire archiviste. Cette commission fait son rapport dans la séance suivante. Le Président donne au Bibliothécaire décharge de sa gestion sur le catalogue même. Tout retard dans la présentation du catalogue ou du rapport fera encourir au Bibliothécaire ou à chacun des Commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

TITRE V.

Droits des membres honoraires et correspondants nationaux.

ART. 48.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 reçoivent gratuitement toutes les publications de la Société.

ART. 49.

Les membres honoraires nommés à partir du 1er janvier 1862, jouissent des mêmes droits que les titulaires, excepté du droit de faire partie du Bureau. Ils sont exempts des amendes. Ils peuvent faire partie des commissions, mais ils n'y sont pas obligés.

ART. 50.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862, qui assistent à une séance ou à un comité secret, ont voix consultative dans toutes les délibérations.

ART. 51.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés avant le 1er janvier 1862 sont admis, sur leur demande, à jouir des droits énoncés dans les trois articles précédents, à la condition de se conformer aux prescriptions des articles 38 et 39.

TITRE VI.

Publications.

ART. 52.

Le Comité de publication se compose de trois membres, qui sont élus par scrutin de liste, et à la majorité absolue, au commencement de chaque année : ils sont rééligibles.

L'élection peut porter sur les membres du Bureau.

ART. 53.

Tous les quatre mois, le Comité de publication présente : 1° la liste des manuscrits qui devront faire partie des publications; 2° l'ordre dans lequel ces travaux seront publiés, et l'indication de ceux qui devront entrer dans le fascicule le plus prochain. Le rapporteur a de droit la parole pour la lecture de cette liste, qui est mentionnée sans discussion au procès-verbal.

ART. 54.

Tout ouvrage d'un membre de la Société qui ne serait pas compris dans la liste générale des travaux à publier sera remis à l'auteur sur sa demande.

ART. 55.

Les auteurs des travaux insérés dans les *Mémoires* reçoivent gratuitement vingt-cinq exemplaires d'un tirage à part sans remaniement. Ils pourront faire faire à leurs frais un tirage à cent exemplaires si le libraire de la Société y consent par écrit, et si le Bureau confirme cette autorisation. Ils ne pourront faire réimprimer ces travaux que dix-huit mois après la mise en vente du fascicule correspondant des *Mémoires*.

ART. 56.

Les auteurs des travaux publiés dans les *Bulletins* pourront faire faire à leurs frais un tirage à part à cent exemplaires. Ce chiffre ne pourra être dépassé sans l'autorisation du Bureau.

TITRE VII.

Élections.

Élections du Bureau.

ART. 57.

Les élections du Président, du vice-Président, du Secrétaire général, des Secrétaires annuels, du Bibliothécaire archiviste et des membres du Comité de publication, ont lieu dans l'avant-dernière séance de décembre. Le nouveau Bureau entre en fonctions dans la troisième séance de janvier.

Elections des Titulaires.

Art. 58.

Les places de titulaires sont déclarées vacantes par une délibération spéciale. Il ne peut être déclaré plus d'une place vacante à la fois.

Art. 59.

Un mois après la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue des membres présents, une commission de trois membres chargée de faire un rapport d'ensemble sur les titres des candidats et de dresser une liste de présentation. Ce rapport devra être fait trois semaines après que le Secrétaire général aura remis à la commission les pièces justificatives.

Art. 60.

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. Le vote pour la nomination a lieu publiquement dans la séance suivante; il n'a lieu que si les deux tiers des membres titulaires assistent à la séance.

Élections des Correspondants.

Art. 61.

Le Secrétaire général est chargé : 1° de dresser le tableau des membres correspondants nationaux et étrangers ; 2° de dresser les deux listes des candidats aux places de membres correspondants ; 3° de conserver toutes les indications et toutes les pièces relatives à chaque candidat.

Art. 62.

La Société est appelée à élire des membres correspondants, soit nationaux, soit étrangers, toutes les fois que le Bureau, d'après l'examen du cadre des membres correspondants, et d'après l'examen des listes de candidats, déclare la vacance d'un certain nombre de places.

Art. 63.

Le nombre des places déclarées vacantes pour chaque élection ne peut dépasser le tiers du nombre des candidats.

ART. 64.

Dans la séance qui suit la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue, une commission de quatre membres chargée de présenter un rapport sur les candidatures et de dresser une liste de candidats par ordre de mérite. Le Secrétaire général est adjoint de droit à cette commission. Le rapport devra être fait dans le délai d'un mois.

ART. 65.

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. L'élection a lieu publiquement dans la séance suivante, à la majorité absolue, et au scrutin de liste lorsque plusieurs places sont déclarées vacantes à la fois. Elle n'a lieu que lorsque la moitié plus un des membres titulaires assistent à la séance.

TITRE VIII.

Séances annuelles.

ART. 66.

La séance annuelle a lieu le second mercredi de janvier. Le Comité de publication, réuni au Bureau de l'année révolue, est chargé de préparer l'ordre du jour de cette séance, suivant les prescriptions de l'art. 21 des Statuts.

TITRE IX.

Révision du Règlement.

ART. 67.

Toute proposition tendant à modifier le Règlement devra être signée au moins par trois membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et renvoyée à l'examen d'une commission de cinq membres titulaires nommée au scrutin de liste et à la majorité relative. Le rapport de cette commission sera lu et discuté en comité secret dans la séance suivante. Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion, et la proposition ne sera adoptée que si elle réunit les deux tiers des voix des membres titulaires et honoraires présents. Ce vote ne sera valable que si tous les membres titulaires et honoraires ont été personnellement convoqués.

ART. 68.

Toute proposition tendant à modifier les Statuts devra être signée de dix membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et soumise à l'examen d'une commission de cinq membres titulaires, nommés au scrutin de liste et à la majorité absolue. Le rapport de la commission sera lu et discuté en comité secret. Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion. Tous les membres titulaires et honoraires devront être invités personnellement à assister à ce comité secret, et la présence des titulaires y sera obligatoire. Si la modification proposée réunit les deux tiers des voix des membres présents, le Bureau sera chargé de soumettre le nouvel article à l'approbation du Gouvernement, conformément à l'article 26 des Statuts.

PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

EN JANVIER 1863.

I. MEMBRES NATIONAUX.

Membres honoraires.

Date de l'entrée à la Société. MM.

14 janvier 1852. JULES CLOQUET, membre de l'Institut et de l'Académie impériale de médecine, professeur honoraire à la Faculté de médecine. Élu membre honoraire le 14 janvier 1852.

7 février 1844. DEGUISE père, chirurgien de la Maison des aliénés de Charenton. Membre titulaire le 7 février 1844, honoraire depuis le 28 juin 1854.

28 février 1844. DEGUISE fils, chirurgien de la Maison des aliénés de Charenton. Membre titulaire le 28 février 1844, honoraire depuis le 23 janvier 1861.

23 août 1843. DENONVILLIERS, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie impériale de médecine. Membre fondateur, honoraire depuis juin 1856.

11 mai 1853. HERVEZ DE CHÉGOIN, membre de l'Académie impériale de médecine, médecin honoraire des hôpitaux. Élu membre honoraire le 11 mai 1853.

23 août 1843. MAISONNEUVE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Membre fondateur, honoraire depuis le 28 mars 1860.

23 août 1843. MICHON, chirurgien honoraire des hôpitaux, agrégé libre à la Faculté de médecine. Membre fondateur, honoraire depuis le 17 avril 1861.

23 août 1843. MONOD, chirurgien honoraire des hôpitaux, agrégé libre à la Faculté de médecine. Membre fondateur, honoraire depuis le 25 janvier 1860.

23 août 1843. NÉLATON, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie impériale de médecine, chirurgien de l'hôpital des Cliniques. Membre fondateur, honoraire depuis le 9 août 1854.

14 février 1844. RICORD, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie impériale de médecine. Titulaire le 14 février 1844, honoraire depuis le 27 mars 1850.

7 avril 1858. VELPEAU, membre de l'Institut et de l'Académie impériale de médecine, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital de la Charité. Élu membre honoraire le 7 avril 1858.

Membres titulaires.

25 avril 1860. BAUCHET, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine.

7 novembre 1860. BÉRAUD, chirurgien-professeur adjoint à l'hospice de la Maternité.

9 octobre 1861. BLOT, agrégé à la Faculté de médecine.

22 mai 1850. BOINET.

28 décembre 1853. BOUVIER, membre de l'Académie impériale de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, agrégé libre à la Faculté de médecine.

29 décembre 1852. BROCA, chirurgien de l'hospice de la Salpêtrière, agrégé libre à la Faculté de médecine.

23 août 1843. CHASSAIGNAC (membre fondateur), chirurgien de l'hôpital Lariboisière, agrégé libre à la Faculté de médecine.

23 août 1843. CULLERIER (membre fondateur), chirurgien de l'hôpital du Midi.

23 août 1843. DANYAU (membre fondateur), chirurgien en chef et professeur à l'hospice de la Maternité, membre de l'Académie impériale de médecine, agrégé libre à la Faculté de médecine.

20 décembre 1848. DEBOUT.

26 décembre 1849. DEMARQUAY, chirurgien de la Maison de santé des hôpitaux.

11 août 1858. DEPAUL, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie impériale de médecine, chirurgien de l'hôpital des Cliniques.

19 janvier 1853. DÉSORMEAUX, chirurgien de l'hôpital Necker.

28 mai 1862. DOLBEAU, chirurgien de l'hospice des Enfants assistés, agrégé à la Faculté de médecine.

14 juillet 1852. FOLLIN, chirurgien de l'hôpital du Midi, agrégé libre à la Faculté de médecine.

26 décembre 1849. FORGET (Amédée).

13 mars 1861. FOUCHER, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, agrégé à la Faculté de médecine.

27 septembre 1848. GIRALDÈS, chirurgien de l'hôpital des Enfants malades, agrégé libre à la Faculté de médecine.

26 novembre 1845. GOSSELIN, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie impériale de médecine, chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

28 septembre 1853. GUÉRIN (Alph.), chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

23 août 1843. GUERSANT (Paul) (membre fondateur), chirurgien honoraire des hôpitaux.

3 avril 1852. HOUEL, agrégé à la Faculté de médecine, conservateur du Musée d'anatomie pathologique de la Faculté.

23 août 1843. HUGUIER (membre fondateur), chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie impériale de médecine, agrégé libre à la Faculté de médecine.

28 novembre 1852. JARJAVAY, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

16 juin 1852. LABORIE, médecin en chef de l'asile de Vincennes.

28 mars 1849. LARREY, inspecteur général du service de santé des armées, membre de l'Académie impériale de médecine, agrégé libre à la Faculté de médecine.

31 octobre 1855. LEGOUEST, professeur au Val-de-Grâce. Élu membre correspondant le 31 octobre 1855, et membre titulaire le 19 janvier 1859.

23 août 1843. MARJOLIN (René) (membre fondateur), chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie.

6 août 1845. MOREL-LAVALLÉE, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

9 août 1854. RICHARD[1] (Ad.), chirurgien de l'hôpital Cochin, agrégé libre à la Faculté de médecine.

20 octobre 1852. RICHET, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, agrégé libre à la Faculté de médecine.

5 juin 1861. TRÉLAT, chirurgien des hôpitaux, agrégé à la Faculté de médecine.

22 décembre 1853. VERNEUIL, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine.

4 mai 1853. VOILLEMIER, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, agrégé libre à la Faculté de médecine.

. . . . . N., place vacante par suite du décès de M. Robert.

Membres correspondants nationaux.

26 octobre 1853. ALQUIÉ (Alexis), professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu.

22 juillet 1857. ARLAUD (François-Jos.-Charles), chirurgien en chef de la marine, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à l'École de médecine navale de Toulon.

26 janvier 1853. AUBRY (Jean), professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Rennes, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rennes.

12 février 1845. D'AVAT (Gaspard-Adolphe), chirurgien de l'hospice d'Aix-en-Savoie (1).

8 janvier 1862. AZAM (Charles-Eugène), professeur adjoint de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Bordeaux.

12 septembre 1855. BARDINET, directeur de l'École de médecine de Limoges, professeur de clinique chirurgicale et chirurgien de l'hôpital de Limoges.

15 juin 1859. BENOIT (Justin), professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, médecin en chef des hôpitaux de Montpellier.

(1) M. d'Avat, élu membre correspondant étranger en 1845, est devenu de plein droit membre correspondant national en 1860, par suite de l'annexion de la Savoie à la France.

12 janvier 1853. BERNARD (Camille-Reymon), médecin de l'Hôtel-Dieu d'Apt (Vaucluse).

11 mars 1857. BERTHERAND (Alphonse-François), directeur et professeur de clinique chirurgicale de l'École de médecine d'Alger, médecin principal de l'armée.

26 décembre 1855. BOUCHACOURT (Ant.-Jean-Emmanuel), ex-chirurgien en chef de la Charité de Lyon, professeur d'accouchements à l'École de médecine de Lyon.

7 décembre 1853. BOUISSON (Étienne-Frédéric), professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier, membre associé national de l'Académie impériale de médecine.

8 janvier 1862. BOURGEOIS (Justin), médecin en chef de l'hôpital d'Étampes.

7 janvier 1863. BOURGUET (Eugène), chirurgien de l'hôpital d'Aix-en-Provence.

18 août 1852. CAMESCASSE (Jean-Louis-Adolphe), chirurgien principal de la marine impériale, médecin sanitaire de France à Smyrne, et médecin de l'hôpital français de Smyrne.

8 janvier 1862. CLOSMADEUC (Gustave-Adolphe de), chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire de Vannes.

22 août 1855. CLOT-BEY ( ), ex-directeur de l'École de médecine du Caire, aujourd'hui en résidence à Marseille.

5 mai 1847. COLSON (J.-B.-Alexandre), membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, à Noyon.

17 octobre 1855. COSTE (Joseph-Pierre-Eutrope), professeur de clinique chirurgicale et directeur de l'École de médecine de Marseille.

23 juin 1847. DEBROU (Toussaint), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

13 août 1856. DECÈS (J.-B.-Louis), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine.

15 juin 1859. DENUCÉ (Jean-Louis-Paul), professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Bordeaux.

5 septembre 1855. DESGRANGES (Antoine), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

19 juillet 1854. DIDAY (Charles-Joseph-Paul-Édouard), ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille, à Lyon.

25 avril 1860. DIEULAFOY (Paul), professeur de clinique externe à l'École de médecine de Toulouse.

30 janvier 1856. DROUINEAU (Paul-François), chirurgien en chef des hospices civils de la Rochelle.

7 janvier 1863. DUBREUILH (Charles), chirurgien en chef et professeur d'accouchements de la Maternité de Bordeaux.

7 janvier 1863. DUVAL (Ange), professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine navale de Brest, premier chirurgien en chef de la marine.

2 mars 1853. EHRMANN (Charles-Henri), doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg.

14 janvier 1852. FLEURY ( ), chirurgien de la marine impériale, en mission à Constantinople.

3 septembre 1856. FLEURY (Jean-Baptiste), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, professeur de clinique externe à l'École de médecine de Clermont-Ferrand.

7 janvier 1863. GAILLARD (François-Lucien), professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Poitiers, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine.

21 octobre 1856. GOYRAND (Gaspard), chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix-en-Provence, membre associé national de l'Académie impériale de médecine.

24 mai 1854. HOUZELOT (Pierre-Xavier), médecin en chef de l'hôpital général de Meaux.

15 octobre 1845. LETENNEUR (Gustave-Paulin), professeur de clinique externe à l'École de médecine de Nantes, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Nantes.

7 janvier 1863. LIZÉ (Adolphe-Édouard), chirurgien de la Maternité du Mans, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu du Mans.

3 novembre 1847. LOIR (Joseph-Napoléon), à Mantes. Élu membre titulaire de la Société de chirurgie de Paris, le 3 novembre 1847; a quitté Paris en 1850 pour raison de santé, en échangeant son titre de titulaire pour celui de membre correspondant.

22 octobre 1851. Mascarel (Jules), médecin en chef de l'hôpital de Chatellerault.

11 octobre 1854. Maunoury (Charles-Michel-Alphonse), chirurgien de l'hôpital de Chartres.

15 juin 1859. Michel (Jean-Simon-Eugène), professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg.

3 décembre 1856. Mirault (Germanicus), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Angers, professeur de clinique externe à l'École de médecine d'Angers.

5 novembre 1845. Morel (Achille-Henri-Thomas), à Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir).

19 juillet 1854. Notta (Alphonse-Henri), chirurgien de l'hôpital de Lisieux.

7 janvier 1863. Ollier (L.-Xav.-Édouard-Léopold), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

28 août 1850. Parise (Jean), professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Lille.

2 juillet 1851. Payan (Pierre-Scipion), chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix-en-Provence, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine.

25 avril 1860. Perrin (Maurice-Constantin), professeur agrégé à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce.

8 janvier 1862. Philipeaux (Raymond), à Lyon.

3 décembre 1854. Philippe (Henry), ex-médecin en chef de l'hôpital militaire de Bordeaux, à Bordeaux.

19 décembre 1855. Pirondi (Sirus-François-Simon), professeur à l'École de médecine de Marseille, chirurgien en chef des hôpitaux de Marseille.

2 août 1854. Plouviez (Benj.-Guilbert-Jos.), à Lille (aujourd'hui résidant à Paris).

10 août 1853. Prestat (Édouard-Louis), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Pontoise.

25 avril 1860. Putégnat (Jos.-Dominique-Ernest), membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, à Lunéville.

8 janvier 1862. Raimbert (Louis-Adolphe), médecin des hospices de Châteaudun.

25 avril 1860. BEYRARD (Jean-François), ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Annonay, actuellement en résidence à Lyon.

28 juillet 1852. RIGAL (Joseph-Jean-Antoine), chirurgien en chef de l'hôpital Saint-André de Gaillac, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, à Gaillac.

22 avril 1860. ROCHARD (Jules-Eugène), second chirurgien en chef de la marine, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à l'École de médecine navale de Brest.

30 décembre 1846. ROUX (JULES), premier chirurgien en chef de la marine, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine navale de Toulon, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine.

15 avril 1857. ROUX (Jean-Noël), professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à l'École de médecine de Marseille, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine.

7 janvier 1863. SALMON (Pierre-Alphonse-Augustin), chirurgien de l'hôpital de Chartres.

24 mars 1852. SÉDILLOT (Charles-Emmanuel), inspecteur général du service de santé militaire, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg.

15 juin 1859. SERRE (Auguste), membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, à Alais.

8 janvier 1862. SILBERT (Sébastien-Paulin-Denis), à Aix-en-Provence.

21 septembre 1853. SOULÉ (Jacques-Bernard-Eugène), chirurgien honoraire de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

15 juin 1859. STOEBER (Daniel-Victor), professeur de pathologie et de thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Strasbourg, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine.

8 janvier 1862. THOLOZAN (   ), médecin principal de l'armée.

8 janvier 1862. THORE (Ange-Marie), à Sceaux.

15 juin 1859. VALETTE (Dominique-Auguste), professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Lyon, ex-chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité, à Lyon.

1er février 1854. VALLET (Jules), chirurgien en chef honoraire de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, ancien professeur de clinique chirurgicale à

l'École de médecine d'Orléans, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine.

II. MEMBRES ÉTRANGERS.

Membres associés étrangers.

Date de l'élection. MM.

24 août 1852. Chelius, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Heidelberg.

24 août 1852. Grimm, médecin en chef de l'armée prussienne, à Berlin.

31 décembre 1862. Heyfelder père (le professeur), à Saint-Pétersbourg, membre correspondant étranger depuis le 30 mars 1853.

24 août 1852. Jæger, professeur de clinique chirurgicale à l'Université impériale de Vienne.

31 décembre 1862. Kilian, professeur d'accouchements à l'Université de Bonn.

30 juillet 1856. Langenbeck (le professeur), à Berlin.

24 août 1852. Lawrence, ancien président du Collége royal des chirurgiens, à Londres.

19 janvier 1853. Lebert, professeur de clinique à l'Université de Breslau. Membre titulaire depuis le 14 août 1850, M. Lebert a obtenu, en quittant Paris, le titre de membre associé étranger.

24 août 1852. Mott (Valentine), professeur de clinique chirurgicale, à New-York.

31 décembre 1862. Pirogoff (le professeur), aujourd'hui à Heidelberg.

30 juillet 1856. Porta, professeur de chirurgie, à Pavie.

31 décembre 1862. Rokitansky, professeur d'anatomie pathologique à l'Université impériale de Vienne.

6 juillet 1859. Scanzoni, professeur d'accouchements à l'Université de Wurzbourg.

24 août 1852. Simpson, professeur d'accouchements à l'Université d'Édimbourg.

6 juillet 1859. Stromeyer (Louis), médecin en chef de l'armée du Hanovre, à Hanovre.

6 juillet 1859. Syme, professeur de clinique chirurgicale, à Édimbourg.

31 décembre 1862. Vleminckx, inspecteur général du service de santé de l'armée belge, à Bruxelles.

Membres correspondants étrangers.

26 novembre 1845. Bassow, à Moscou.
31 décembre 1863. Beck (Bernard), à Friburg en Brisgau.
8 janvier 1862. Bérend, à Berlin.
16 mars 1854. Beyrand, à Constantinople; actuellement en résidence à Paris.
21 octobre 1851. Birkett, à Londres.
6 juillet 1859. Blasius, à Halle.
6 juillet 1859. Boeck (W.), à Christiania.
17 septembre 1851. Borelli, à Turin.
21 juillet 1852. Bowmann, à Londres.
16 mars 1854. Brainard, à Chicago (Illinois, Nord-Amérique).
22 décembre 1852. Burgrœve, à Gand.
6 juillet 1859. Ciniselli, à Crémone.
31 décembre 1862. Coote (Holmes), à Londres.
31 décembre 1862. Cornaz, à Neuchâtel.
6 juillet 1859. Credé, à Leipzig.
3 juin 1857. Crocq, à Bruxelles.
3 mai 1854. Didot, à Liége.
21 mai 1856. Dupierris père, à la Havane.
8 janvier 1862. Esmarch, à Kiel (Danemark).
6 juillet 1859. Fabbri, à Ravenne.
19 octobre 1853. Fleming, à Dublin.
6 juillet 1859. Friedberg (H.), à Berlin.
19 octobre 1853. Hamilton, à Dublin.
29 août 1855. Hammer, à Saint-Louis de Manheim (Missouri, Nord-Amérique).
26 décembre 1855. Hannover, à Copenhague.
15 septembre 1852. Hewett (Prescott), à Londres.
30 août 1854. Heyfelder fils (Oscar), à Saint-Pétersbourg.
31 décembre 1862. Hutchinson (Jonathan), à Londres.
6 juillet 1859. Larghi, à Bologne.
6 juillet 1859. Mac Leod, à Glascow.
22 octobre 1856. Mayor fils (Isaac), à Genève.
8 janvier 1862. Michaelis, à Vienne.

25 mai 1853. Michaux, à Louvain.
12 novembre 1856. Middeldorpf, à Breslau.
31 décembre 1856. Paget (James), à Londres.
11 juin 1845. Pauli, à Landau.
8 janvier 1862. Piachaud, à Genève.
4 octobre 1848. Pitha, à Prague.
6 juillet 1859. Ried, à Iéna.
8 janvier 1862. Rizzoli, à Bologne.
27 décembre 1854. Rothmund, à Munich.
2 janvier 1856. Sand-Cox, à Birmingham.
31 décembre 1862. Sangalli, à Pavie.
28 avril 1845. Senn, à Genève.
31 décembre 1862. Simon (Gustave), à Rostock.
6 juillet 1859. Soupart, à Gand.
31 décembre 1862. Sperino (Casimir), à Turin.
31 décembre 1862. Testa, à Naples.
6 juillet 1859. Thompson (Henry), à Londres.
6 juillet 1859. Vanzetti, à Padoue.
25 janvier 1854. Verhaeghe, à Ostende.

III. MEMBRES DÉCÉDÉS.

Fondateurs.

BÉRARD (Aug.).
LENOIR.
ROBERT.
VIDAL (de Cassis).

Honoraires.

BÉGIN.
BÉRARD aîné.
BOYER (Phil.).
CAZEAUX.
DUVAL (René).
GERDY aîné.
LALLEMAND.
MARJOLIN père.
ROUX.

Correspondants nationaux.

BONNET, de Lyon.
CHAPEL, de Saint-Malo.
CHAUMET, de Bordeaux.
GÉLY, de Nantes.
GENSOUL, de Lyon.
GUÉPRATTE (marine).
PRAVAZ, de Lyon.
SAUREL, de Montpellier.
SCRIVE (armée).
VALETTE (Tharsile) (armée).
VIAL, de Saint-Étienne.

Associés étrangers.

AMMON (von), de Dresde.
ARENDT, de Saint-Pétersbourg.
BALLINGALL (sir G.), d'Édimbourg.
BRODIE (sir Benj.), de Londres.
CRAMPTON (sir Philip), de Dublin.
GUTHRIE, de Londres.
MAYOR père, de Genève.
RIBES, de Turin.
TEXTOR père, de Wurtzbourg.
TRAVERS (Benjamin), de Londres.
VROLICK, d'Amsterdam.

Correspondants étrangers.

REGNOLI, de Pise.
SEUTIN, de Bruxelles.

Liste des présidents de la Société depuis sa fondation.

MM.		MM.	
1843-1844.	A. BÉRARD.	1853-1854.	DENONVILLIERS.
1844-1845.	MICHON.	1854-1855.	HUGUIER.
1845-1846.	MONOD.	1855-1856.	GOSSELIN.
1846-1847.	LENOIR.	1856-1857.	CHASSAIGNAC.
1847-1848.	ROBERT.	1857-1858.	BOUVIER.
1848-1849.	CULLERIER.	1858-1859.	DEGUISE fils.
1849-1850.	DEGUISE père.	1859-1860.	MARJOLIN.
1850-1851.	DANYAU.	1861.	LABORIE.
1851-1852.	LARREY.	1862.	MOREL-LAVALLÉE.
1852-1853.	GUERSANT.	1863.	DEPAUL.

Secrétaires généraux.

1853-1858. M. MARJOLIN.
1858-1862. M. BROCA.

Composition du Bureau pour 1863.

	MM.
Président	DEPAUL.
Vice-président.	RICHET.
Secrétaire général (1863-1867).	JARJAVAY.
Secrétaires annuels.	FOUCHER. TRÉLAT.
Bibliothécaire archiviste	VERNEUIL.
Trésorier	HOUEL.

Bibliothécaire archiviste honoraire . . .	GIRALDÈS.
Secrétaire général honoraire	BROCA.

Membres correspondants nationaux qui ont droit aux publications de la Société.

MM. Alquié.
Arlaud.
Aubry.
D'Avat.
Azam.
Bardinet.
Bernard.
Bertherand.
Bouchacourt.
Bouisson.
Bourgeois.
Bourguet.
Camescasse.
Closmadeuc (de).
Colson.
Coste.
Debrou.
Denucé.

MM. Diday.
Dieulafoy.
Drouineau.
Dubreuilh.
Duval.
Ehrmann.
Gaillard.
Goyrand.
Houzelot.
Letenneur.
Lizé.
Loir.
Mascarel.
Michel.
Mirault.
Morel.
Notta.
Ollier.

MM. Parise.
Perrin.
Philipeaux.
Philippe.
Pirondi.
Plouviez.
Prestat.
Putégnat.
Reybard.
Rigal.
Rochard.
Roux (Jules).
Salmon.
Soulé.
Stœber.
Thore.
Valette.
Vallet.

Membres correspondants qui, ayant opté pour l'ancien règlement, n'ont pas droit aux publications de la Société.

MM. Benoît.
Decès.
Desgranges.
Fleury, de Clermont.
Maunoury.
Payan.

MM. Raimbert.
Roux (Jean-Noel).
Sédillot.
Serre.
Silbert.

Membres correspondants nationaux qui n'ont pu être appelés jusqu'ici à opter entre l'ancien et le nouveau règlement.

MM. Clot-Bey (empêché par sa maladie).
Fleury (marine), en voyage à l'étranger.
Tholozan (armée), en voyage à l'étranger.

MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS.

NOTICE
SUR LA VIE ET LES TRAVAUX
DE
PH.-J. ROUX,

Lue à la Société de Chirurgie dans la séance annuelle du 27 juin 1855,

Par M. RENÉ MARJOLIN,
Secrétaire général de la Société.

MESSIEURS,

En vous voyant tous réunis dans ce jour de solennité pour entendre retracer la vie du chirurgien illustre, du savant collègue dont la perte nous fut si sensible, un sentiment de crainte et d'inquiétude me domine, et plus que jamais je sens que pour dire convenablement une telle existence, pour rendre à la mémoire du maître vénéré qui voulut bien s'associer à nos travaux un hommage digne d'elle et digne de vous, il fallait un interprète plus éloquent. A défaut d'éloquence, j'invoquerai la vérité : elle sera encore assez belle pour paraître sans ornement.

Philibert-Joseph Roux, fils d'un chirurgien distingué d'Auxerre,

naquit dans cette ville le 26 avril 1780. Il était encore enfant lorsqu'il perdit sa mère. Son père se remaria, heureusement pour lui, car il rencontra dans sa belle-mère une digne et excellente femme qui l'aima aussi tendrement que s'il eût été son propre fils. Grâce à sa bonté, il échappa souvent à des corrections paternelles un peu trop vives, non pas qu'il eût commis des fautes bien graves, mais parce que ses plus simples espiègleries étaient sévèrement punies.

Ces preuves d'affection vraiment maternelle restèrent toujours gravées dans son cœur; à son tour, il eut pour sa mère adoptive tout l'attachement d'un fils, et jusqu'à sa mort, arrivée il y a peu d'années, il l'entoura des soins les plus tendres.

Ce fut au collége d'Auxerre, dirigé par les Bénédictins, qu'il fit ses premières études; Joseph Fourier, l'auteur de la célèbre introduction au grand ouvrage sur l'Égypte, et dont plus tard il devait faire l'éloge, y professait alors la rhétorique.

Ses études terminées, il était à peine rentré dans sa famille, lorsque, malgré son extrême jeunesse (il avait alors à peine quinze ans), son père l'envoya rejoindre l'armée à la frontière. Il reçut une commission de sous-aide, et fut dirigé sur les ambulances de l'armée de Sambre-et-Meuse, sachant à peine saigner et faire un pansement.

Il partit pour Andernach le sac sur le dos, ne fit qu'un court séjour dans cette ville, et se rendit ensuite à l'hôpital militaire d'Aix-la-Chapelle, où il resta dix-huit mois attaché au service des ambulances. Au bout de ce temps, il revint dans sa famille, après la dissolution du corps d'armée auquel il était attaché.

Quelque courte qu'eût été cette campagne, il en garda toujours le souvenir. Il aimait à revenir sur cette époque de sa première jeunesse; il parlait souvent des premiers cas de chirurgie qui l'avaient frappé, et comme si la vue de ces lieux, témoins de ses premières armes, l'eût rajeuni, jusque dans les

derniers temps de sa vie, il ne manqua jamais, pendant ses voyages en Allemagne, de se détourner pour les revoir.

A son retour de l'armée, son père se décida à l'envoyer à Paris pour y étudier la médecine. Ses ressources pécuniaires étaient fort exiguës; mais il sut bientôt, à force de travail, se créer une sorte d'indépendance. En très peu de temps il se fit remarquer parmi les meilleurs élèves, et dès l'an VI il remportait un prix à l'École pratique. Son père fut tellement surpris de ce premier succès, qu'il fit exprès le voyage de Paris pour en avoir la certitude.

A cette époque il n'était bruit que d'un jeune professeur dont l'enseignement attirait tout ce que l'école renfermait d'élèves avides de s'instruire : c'était Bichat. Lui aussi était fils d'un médecin honorable de la province, et tout jeune il avait également suivi l'armée à la frontière; puis, pressé du désir d'agrandir ses connaissances, il était venu à Paris, avait été remarqué par Desault, et bientôt d'élève il était devenu maître.

Au milieu de ses nombreux auditeurs, Bichat ne tarda pas à distinguer M. Roux; il le prit en affection, l'associa à ses travaux avec Buisson, et dès ce moment, malgré la différence de leur âge, il s'établit entre le maître et l'élève une étroite amitié que la mort devait bientôt briser, mais dont le temps ne put jamais effacer le souvenir. Loin de là, ce sentiment devint dans le cœur de M. Roux comme une sorte de culte. Il était fier d'avoir été l'ami et le collaborateur de cet homme prodigieux, dont le nom sera une des gloires de notre siècle, et lorsque, dans ses leçons ou dans ses entretiens, le sujet qu'il traitait le ramenait vers quelqu'une des découvertes de Bichat, il en parlait avec une vivacité, un entraînement qui partaient autant de son cœur que de la juste admiration qu'il professait pour son illustre maître.

Sur un esprit jeune et ardent, l'amitié d'un tel homme devait avoir une influence immense : avec l'ardeur au travail, elle

devait nécessairement communiquer cette confiance que ne rebutent ni les plus grandes difficultés ni la crainte d'un insuccès. Bichat avait succédé à Desault; M. Roux osa continuer Bichat. Ce magnifique ouvrage de l'*Anatomie descriptive*, que la mort avait interrompu, il le termina; lui seul rédigea tout le cinquième volume. Certes, il fallait avoir en soi-même une bien grande confiance pour mener à bonne fin un pareil travail, et cependant ce n'était encore rien à côté de ce qu'il allait entreprendre.

En 1802, à la mort de Bichat, M. Roux n'avait que vingt-deux ans. Malgré sa jeunesse, il n'hésita pas à s'emparer hardiment de l'héritage de son maître et à continuer, avec ses seules ressources, ces cours particuliers où affluait un si grand nombre d'auditeurs.

Le succès fut inespéré, et bientôt, à son tour, il prit rang parmi les jeunes professeurs dont l'enseignement particulier, tout en étant l'honneur de la Faculté de Paris, lui faisait alors une si rude concurrence.

Ce fut dans le cloître Saint-Jean-de-Beauvais, et plus tard dans la rue de la Huchette, qu'il ouvrit un amphithéâtre d'anatomie et de médecine opératoire. Vous dire l'affluence d'élèves qui vint se presser à ses leçons, vous dépeindre toute son activité et tous les subterfuges auxquels il dut recourir pour subvenir aux exigences matérielles d'un enseignement dont aujourd'hui nous n'avons plus d'exemple, ce serait dépasser le but que je me suis proposé. Ces souvenirs, d'ailleurs, ne pourraient être rappelés que par des contemporains; eux seuls pourraient bien faire l'histoire de cette brillante époque de l'enseignement particulier; car, lorsqu'on a pu en entendre parler par ceux mêmes qui y prirent une part active, on court grand risque, en racontant de semblables succès, ou de rester au-dessous de la vérité, ou de paraître l'exagérer. Mais ce n'était pas assez d'avoir réussi

dans l'enseignement, M. Roux sentait qu'il lui fallait un service d'hôpital. Bichat, son maître, n'avait-il pas porté le titre de médecin de l'Hôtel-Dieu, et n'était-ce pas là qu'il avait, en partie, fait ses belles recherches? Aussi, lorsqu'une place de chirurgien en second vint à être créée dans cet hôpital, il n'hésita pas à se présenter au concours en même temps que Dupuytren, et s'il ne fut pas nommé, il prouva du moins qu'il pouvait se mesurer dignement avec ce redoutable adversaire.

En 1803, il soutint sa thèse de docteur. Elle était intitulée : *Coup d'œil physiologique sur les sécrétions*, et consistait dans une série de propositions plus faciles à développer qu'à analyser. Elle précéda de peu l'apparition du cinquième volume de l'*Anatomie descriptive* de Bichat, dans lequel se trouvent contenus, outre la description de tous les organes glandulaires, celle des organes génitaux et urinaires de l'homme et de la femme, et tout ce qui a trait au fœtus et à ses dépendances; puis successivement, et à de courts intervalles, parurent divers mémoires de physiologie : l'un sur l'influence des nerfs du cerveau ou de la moelle épinière et ceux des ganglions réunis dans quelques organes contractiles, tels que l'œsophage, l'estomac, le diaphragme, le rectum et la vessie; l'autre sur la sympathie organique, et enfin le supplément au *Traité des maladies des voies urinaires* de Desault.

Comme vous le voyez, l'activité du jeune professeur, loin de se ralentir, semblait puiser une nouvelle énergie dans la multiplicité de ses travaux. Occupé de ses cours particuliers d'anatomie, de physiologie et de médecine opératoire, chargé en outre, comme chirurgien en second, d'un service à l'hôpital Beaujon, il trouva encore le moyen de publier quelques fragments de nosographie chirurgicale, un mémoire sur les avantages de l'adhérence des poumons aux parois de la poitrine dans les plaies pénétrantes, des recherches sur le cancer, sur les

phénomènes de continuité de l'inflammation et sur la pression abdominale appliquée au diagnostic des maladies de poitrine.

C'était par ces divers travaux que M. Roux préludait dans la carrière qu'il devait parcourir d'une manière si brillante. En 1809, il les réunit en un volume, aujourd'hui assez rare, ayant pour titre *Mélanges de chirurgie et de physiologie.*

Il faut lire la préface qu'il mit en tête de ce livre pour voir comme déjà il se défendait de la publication d'un ouvrage didactique. Mais, disons-le tout de suite, il obéissait bien moins à l'impulsion scientifique de l'époque qu'à une voix intérieure qui lui disait qu'il ne pourrait jamais mener à fin un traité général. Une seule fois il l'a tenté, comme nous le verrons, en parlant de sa *Médecine opératoire*, et, au grand regret de tous, la seconde partie de l'ouvrage n'a jamais été imprimée.

Ce qui semblera peut-être singulier, c'est qu'après s'être si bien défendu de vouloir publier aucun ouvrage didactique, il débuta, dans ces mêmes *Mélanges de chirurgie et de physiologie*, par trois chapitres qui ne sont autres que des essais d'une vaste classification nosologique des fractures, des luxations et des hernies. Nul doute que bien des fois, malgré tout ce qu'il avait pu dire, il n'ait eu la pensée d'entreprendre un traité complet de pathologie chirurgicale, sinon d'une manière suivie, au moins par fragments, genre de travail qui convenait le plus à la tournure de son esprit.

Outre ces divers travaux, on lit encore dans le même recueil des recherches sur les polypes utérins et plusieurs faits cliniques importants, au nombre desquels se trouve son premier cas de résection de la tête de l'humérus.

M. Roux, bien que fort jeune, avait déjà acquis, par son enseignement et par ses publications, un rang distingué parmi les chirurgiens, lorsqu'en 1812, à la mort de Sabatier, la chaire de médecine opératoire devint vacante. Il se mit sur les rangs.

Le sujet qui lui échut était en quelque sorte neuf, la science ne possédant alors que des documents épars et peu nombreux. Malgré cette difficulté et le peu de temps qui lui était accordé, il s'en tira avec beaucoup d'honneur, et sa thèse sur les résections restera, non-seulement comme un souvenir de ce mémorable concours, mais aussi comme la première monographie publiée sur ce sujet.

Dans l'année suivante, parut le premier volume de ses *Éléments de médecine opératoire*. Cet ouvrage, dont la première partie a seule été imprimée, et dont tout le manuscrit existe, a un caractère essentiellement pratique.

Le chapitre des plaies, écrit avec beaucoup de soin, renferme d'intéressantes considérations sur la réunion des tendons au moyen de la suture, et la question des anévrysmes y est déjà traitée avec une sorte de prédilection.

Le second volume était entièrement composé, lorsque des circonstances imprévues en firent ajourner l'impression. C'était en 1814 : désespéré de voir dans nos hôpitaux un si grand nombre de blessés périr à la suite des amputations, et croyant que ces insuccès dépendaient de l'emploi habituel de la réunion par seconde intention, il voulut convaincre les chirurgiens des avantages de la réunion immédiate, et, dans ce but, il communiqua à l'Institut un mémoire dans lequel il essaya de démontrer toute la supériorité de cette méthode.

Il exposa avec grand soin toutes les précautions à prendre pour bien réussir ; et afin de prouver qu'il n'obéissait pas seulement à de simples idées théoriques, il cita les faits qui lui étaient particuliers, ceux qu'il avait observés, soit à Beaujon, soit en Espagne pendant son voyage avec Boyer, soit à la Charité, où depuis quelques années il occupait la place de chirurgien en second.

Percy, chargé du rapport conjointement avec Deschamps,

rendit pleinement justice à ce travail. Il cita à l'appui le chiffre si remarquable des amputations faites avec succès à la bataille de Newbourg; mais il faut ajouter aussi, pour être juste, que ce relevé prouva au moins autant l'utilité de l'amputation immédiate que celle de la réunion par première intention.

Comment était née cette méthode? comment s'était-elle, en quelque sorte, identifiée avec la pratique des chirurgiens anglais? C'est une circonstance assez intéressante pour la rappeler au moment surtout où nous allons voir quelle influence les voyages peuvent avoir sur les progrès de la science. Voici comment Percy la raconte :

« Vers 1772, Benjamin Bell, visitant la France, étonné du peu d'attention que les chirurgiens apportaient à ménager les téguments dans toutes leurs opérations, et frappé des inconvénients qui résultaient de cette méthode, songea à en suivre une tout opposée. De retour dans son pays, il commença, dans les premières amputations du sein qu'il pratiqua, par ménager autant que possible la peau, et voyant tous les avantages de ce procédé, il l'appliqua dès lors aux amputations de la cuisse. C'est à dater de ce moment que cette heureuse modification, à laquelle on a peut-être donné à tort le nom de méthode d'Alanson, fut généralement adoptée, en Angleterre, dans les hôpitaux et à l'armée. »

Il avait donc suffi, comme vous venez de le voir, d'un voyage, pour faire dans la chirurgie une révolution immense. Voyons maintenant quel heureux parti M. Roux tira de sa visite en Angleterre.

La paix venait d'être conclue; nul obstacle ne s'opposant au désir qu'il avait depuis longtemps de mieux connaître la chirurgie anglaise, et de voir de près des hommes qui jouissaient d'une grande célébrité, il se rendit à Londres. C'est le résultat de ses observations qu'il publia en 1815 sous le titre de *Voyage*

à Londres, ou parallèle de la chirurgie anglaise avec la chirurgie française. Ce livre eut d'autant plus de retentissement que, bien qu'à des époques diverses Morand, Ténon, Chopart et Antoine Dubois eussent visité l'Angleterre, personne encore n'avait publié de renseignements complets sur l'état de la science chez nos voisins.

Aujourd'hui non-seulement cet ouvrage n'a rien perdu de sa première valeur, mais il nous offre un nouvel intérêt en nous montrant quelles étaient alors les opinions de M. Roux sur certains points de la science, et comment elles se sont modifiées depuis. Mais si l'expérience a pu apporter quelques changements à sa pratique, il est cependant des points sur lesquels il n'a jamais varié : telle a été sa prédilection constante pour l'extraction de la cataracte. Quels pouvaient être, dès cette époque, les motifs de sa préférence? Il nous les expose lui-même dans son récit : « J'ai fait, dit-il, deux fois, en présence » de MM. Travers et Lawrence, l'opération de la cataracte par » extraction, méthode, le dirai-je, pour laquelle j'ai peine à me » défendre d'un peu de prédilection. En effet, elle permet, mieux » que l'abaissement, à chaque opérateur, d'avoir une manière » à lui, et de montrer ou une adresse naturelle, ou une dextérité acquise par l'habitude. »

Du reste, tout en défendant l'extraction dans la cataracte, M. Roux reconnaissait qu'il est des cas où l'abaissement est préférable; et s'il invoquait à l'appui de son opinion l'habitude ou l'habileté manuelle, il pouvait aussi se fonder sur ses résultats, car lorsqu'en 1817 il communiqua à l'Institut le résumé de sa pratique, il n'avait pas opéré moins de 700 individus, sur lesquels il avait obtenu les 7/10es de guérison.

Plus tard, le nombre total de ses opérations s'éleva à plus de 3000, chiffre immense, mais qu'il devait autant à ses nombreux succès qu'à son habileté incontestable.

L'apparition de cet ouvrage fut comme un trait d'union entre la chirurgie anglaise et la chirurgie française, et l'on ne pourra jamais assez redire quelle influence eut parmi nous le récit bien fait de quelques mois passés au milieu de tout ce que Londres renfermait de chirurgiens distingués. Les relations scientifiques que la guerre avait si longtemps suspendues se rétablirent. Aux noms déjà connus d'Everard Home, de Cline, d'Abernethy, vinrent s'ajouter ceux d'Astley Cooper, de Brodie, de Lawrence, de Travers, de Charles Bell, et bientôt leurs précieux travaux se répandirent dans toute la France.

M. Roux écrivit ce voyage avec entraînement; il peignit les hommes de cette époque avec vérité, et il les représenta pleins de ce feu sacré, de cette noble passion pour la science, qui ne l'ont lui-même jamais abandonné. Avec quel plaisir ne lit-on pas ces premières pages où il parle non-seulement de l'accueil honorable et gracieux que lui firent les chirurgiens anglais, mais aussi des relations si pleines de dignité qui existaient entre ces hommes de talent. On est si bien initié aux manières, aux usages de chacun d'eux, que, dès ce moment, ils cessent de vous être étrangers.

C'est par ces préliminaires qu'il débute; puis, après avoir fait connaître au lecteur les divers hôpitaux et les diverses institutions scientifiques de Londres, il passe à l'examen des doctrines et de la pratique chirurgicales.

On se tromperait cependant si l'on croyait que dans cet ouvrage M. Roux ait donné trop d'éloges à la chirurgie anglaise. Critique de bon ton et toujours éclairé, il sut blâmer l'abus de la réunion immédiate avec autant de discernement qu'il avait mis de conviction à en soutenir les avantages dans les amputations. S'il rendit justice à la conduite des chirurgiens anglais dans les luxations compliquées du pied, il n'hésita pas à dire qu'à cette époque ils nous étaient inférieurs dans la thérapeu-

tique des fractures, et, fidèle aux principes de Desault, non-seulement il s'éleva contre la méthode de Pott dans le traitement des fractures des membres inférieurs, mais il combattit les idées d'Astley Cooper sur l'impossibilité de la consolidation dans certaines fractures du col du fémur.

Convaincu de l'importance des plus petits détails en chirurgie, il examina tout avec le plus grand soin : depuis les appareils les plus ingénieux jusqu'aux moindres détails des pansements, rien ne lui échappa. Pour n'en citer qu'un exemple, je dirai que c'est peut-être à lui que nous devons l'introduction en France d'un usage tellement simple, qu'on devrait croire qu'il a toujours existé : celui de couper près du nœud l'un des chefs de la ligature. C'est également à lui que nous sommes redevables de l'emploi des bandelettes dans le pansement des ulcères.

Bien différent de quelques personnes, qui changent souvent de méthode sans motif réel, il n'adopta pas tout de suite tous les usages des chirurgiens anglais. Ainsi, bien qu'il les eût vus étreindre les artères avec des ligatures cylindriques, longtemps encore il préféra se servir de fils plats formant une sorte de ruban; longtemps encore il appliqua aussi des ligatures d'attente, et se servit, comme Scarpa, d'un petit rouleau de diachylon interposé entre la ligature et l'artère.

Dans les voyages, nous examinons quelquefois les choses avec prévention; d'autres fois aussi nous nous laissons trop facilement séduire, et ce fut peut-être pour avoir vu deux fois A. Cooper employer le gorgeret d'Hawkins que M. Roux se laissa aller à suivre pendant longtemps cette méthode plus brillante que sûre. Dans ses dernières années, il en reconnut les inconvénients, et revint à la taille latéralisée et à l'emploi du lithotome caché de frère Côme.

J'abuserais de votre attention si j'entrais dans de plus longs détails sur tout ce que renferme ce livre intéressant. Vous le

savez tous, c'est là aussi que l'on trouve, avec la description du cancer des ramoneurs, tout ce qui se rattache au fongus hématode, à la classification des anévrysmes, aux perfectionnements de la méthode d'Anel, et enfin les procédés d'Adams pour la pupille artificielle et l'ectropion.

La relation du voyage de M. Roux nous fit profiter des découvertes de la chirurgie anglaise ; mais ce qu'il ne faut pas oublier, c'est qu'à son tour il fit connaître en Angleterre les progrès réalisés par les chirurgiens français, et qu'il rectifia bien des opinions erronées sur leur pratique.

On croyait généralement, de l'autre côté du détroit, que nous abusions du feu et des moxas dans le traitement des affections articulaires ; M. Roux combattit cette idée, et prouva en même temps tout ce que cette méthode, bien employée, avait d'avantageux. On connaissait à peine le procédé de Chopart pour la désarticulation du pied ; il le démontra et indiqua quelles étaient les règles les plus certaines pour bien pénétrer dans l'articulation, en se guidant sur la saillie de l'apophyse du scaphoïde. La ligature des polypes, d'après la méthode de Desault, n'avait pas encore été employée en Angleterre ; Brodie, pour la première fois, la tenta d'après ses conseils.

Si donc il avait largement emprunté aux Anglais, il leur avait rendu avec la même profusion, et, ce qui était tout aussi important, il avait rectifié leur jugement sur notre pratique.

Après de tels débuts, on pouvait déjà lui prédire un brillant avenir, et, en effet, nous touchons à l'époque où la staphyloraphie vint ajouter un nouveau lustre à sa réputation chirurgicale. Nous sommes en 1819. Pour la première fois, il tente de réunir le voile du palais divisé, et sa première tentative est un succès.

Il est des travaux qu'on ne doit pas analyser, et le mémoire dans lequel M. Roux rendit compte un peu plus tard à l'Aca-

démie de médecine de ses douze opérations est peut-être de ce nombre. Essayez d'écrire l'histoire de la staphyloraphie, il faudra toujours que vous en veniez à reproduire à peu près textuellement l'histoire de l'entrevue de M. Roux avec le docteur Stephenson ; car il est difficile de mieux la conter. Toute la découverte de cette ingénieuse opération est dans cette anecdote. Qui de vous ne se rappelle la visite de ce jeune médecin étranger, venant prendre congé de son professeur? Dans la conversation, M. Roux, s'apercevant de la difficulté de sa prononciation, croit à quelque peccadille de jeunesse ; il questionne son jeune confrère avec amitié; puis, la vérité connue, il lui fait ses excuses sur ses soupçons et l'examine. C'est alors que tout d'un coup, en observant le jeu des muscles du voile du palais, il conçoit la possibilité de rapprocher les bords de cette division par une opération analogue à celle du bec-de-lièvre, mais plus délicate. A peine a-t-il fait part à M. Stephenson de son idée et de la possibilité d'une guérison, que celui-ci, à son tour, lui laisse à peine le temps de réfléchir sur le procédé : un bistouri boutonné, un porte-aiguille, voilà les seuls instruments qui servent, le surlendemain, à exécuter cette opération si délicate, et douze jours après, le malade peut lire lui-même son observation devant l'Académie des sciences.

Je vous laisse à penser qui fut le plus heureux de M. Stephenson ou de M. Roux? L'un se trouvait pour toujours délivré d'une infirmité qui pouvait être un obstacle à sa carrière, et l'autre avait eu le bonheur, dans une première tentative, de rendre à un confrère un service inespéré. Quelle fortune ! Mais si le hasard avait bien servi M. Roux, avouons aussi que son génie chirurgical l'avait bien inspiré, et qu'il ne laissa plus à la staphyloraphie une fois créée que de bien légers perfectionnements à subir.

Du reste, il ne se borna pas, dans son mémoire, à décrire

l'opération telle qu'il l'avait conçue; il en indiqua toutes les conséquences et toutes les déductions pratiques pour l'ablation de certaines tumeurs, et reconnaissant en outre que, dans les cas de division longitudinale de la voûte palatine, il fallait, pour combattre avec avantage le défaut de glissement de la membrane muqueuse, modifier le procédé, il adopta dès lors les deux incisions latérales.

Il y a dans les sciences des questions qui, faute d'être envisagées sous leur véritable point de vue, donnent lieu à des luttes interminables, sans pour cela faire le moindre progrès : telles sont les discussions de priorité, questions presque toujours stériles, trop souvent personnelles, et dans lesquelles l'amour-propre est bien plus en jeu que l'amour de la science.

On a contesté à M. Roux l'invention de la staphyloraphie, et l'on a dit que, dès 1817, Græfe (de Berlin) l'avait tentée sans succès. Rien n'est plus vrai; mais ce qui est également vrai, c'est que M. Roux ignorait complétement cette tentative, et qu'il n'en eut connaissance qu'après sa lecture à l'Académie de médecine. Du reste, si c'est une contestation que l'on veut établir, je répondrai que Morinier et Jourdain avaient aussi fait des tentatives bien longtemps avant Græfe, et dès lors l'honneur de la staphyloraphie n'appartiendrait plus au professeur de Berlin.

En résumé, que prouverait tout ceci? C'est qu'à diverses époques, des hommes d'un grand talent ont eu une même pensée, un même but, et qu'ils ont suivi presque la même voie; mais cela n'est pas suffisant dans les sciences pour acquérir un titre durable à la renommée. Une fois l'idée conçue, il faut la développer, la féconder : voilà ce que M. Roux a fait; aussi a-t-il toujours été, malgré quelques tentatives antérieures, considéré comme le véritable créateur de la staphyloraphie, et son nom restera seul attaché d'une manière impérissable à cette brillante conquête de la chirurgie moderne.

L'art qui prolonge nos jours est sans doute un bienfait ; mais il est des infirmités tellement pénibles, que la vie devient un supplice, et que celui qui les fait disparaître acquiert peut-être plus de droits à notre reconnaissance que s'il nous eût préservés de la mort. C'est là le vrai triomphe de la chirurgie réparatrice, de cette chirurgie qui a fait tant de progrès dans ces dernières années. Il était réservé à M. Roux, dont le nom était déjà attaché à la staphyloraphie, de conquérir une nouvelle gloire en faisant revivre en France la suture du périnée.

Imaginée et faite pour la première fois avec succès par Guillemeau, reprise par Mauriceau, Lamotte et Smellie, elle faisait toujours le désespoir des chirurgiens, et bien que trois nouveaux succès eussent couronné les efforts de Noël (de Reims), de Saucerotte (de Lunéville) et de Montain (de Lyon), elle était retombée dans l'oubli. En vain, en Allemagne, les travaux de Mursinna, de Meutzell, d'Osiander et de Dieffenbach se continuaient presque sans interruption ; les succès passaient comme inaperçus, sans éveiller l'attention des chirurgiens français. Les choses en étaient là, lorsqu'en 1831 M. Roux, consulté par la femme d'un confrère, reprit la question, et, sans se laisser décourager par un premier insuccès, réfléchissant aux causes qui avaient fait échouer l'opération, modifia entièrement l'ancien procédé.

Tantôt les découvertes tiennent à une sorte de hasard, à une bonne fortune, et quelques instants suffisent à l'homme de génie pour accomplir un progrès important : c'était ce qui était arrivé à M. Roux pour la staphyloraphie. Cette fois il fut guidé par la réflexion, la réflexion à la marche lente, qui médite sur tout, sur les revers comme sur les succès.

Supposez un instant qu'il eût été heureux dans sa première tentative de suture du périnée par l'ancien procédé, il s'en serait tenu là, et très probablement on serait retombé plus tard

dans une nouvelle série de revers; mais ce n'est pas ce qui lui arriva : touché de l'état malheureux de sa première opérée, il réfléchit à la solution du problème, aux causes qui avaient fait échouer l'opération, et bientôt il vit que, pour agir sur des parties profondes, la suture entortillée était insuffisante. Il fallait une action plus puissante; la suture enchevillée seule était assez forte. Dès ce moment, M. Roux modifia tout son plan : non content d'agir dans le fond de la plaie, il chercha à combattre, par une suture simple, l'écartement superficiel de ses bords. En suivant cette indication, il exécuta la seconde opération et obtint un plein succès; et, lorsqu'en 1834 il lut son mémoire à l'Institut, il avait déjà opéré quatre malades, dont trois avaient guéri.

Ces titres seuls auraient pu assurer la célébrité de M. Roux, et pourtant je n'ai pas tout énuméré. N'est-ce pas à lui que nous sommes redevables de la plupart des travaux entrepris en France sur l'autoplastie, sur les résections? Ouvrez les recueils de médecine opératoire, et vous verrez qu'il n'est peut-être pas une de ces opérations qu'il n'ait pratiquée et souvent modifiée. Parcourez les thèses qui ont été publiées sur ce sujet, celles si remarquables de MM. Dubourg et Thore, et tant d'autres non moins intéressantes, vous verrez que la plupart de leurs auteurs se sont inspirés de ses savantes leçons.

Enfin n'est-ce pas encore lui qui, d'abord partisan de la méthode ancienne dans le traitement des anévrysmes, a tant contribué à répandre la méthode de la ligature loin de la tumeur? Rappelez-vous ces pages si intéressantes qu'il nous lut sur les maladies du système vasculaire, et avec quelle chaleur, tout en rendant justice à Hunter, il faisait la part des travaux d'Anel! C'est que, malgré ses sympathies pour les savants de tous les pays, il y avait encore en lui un sentiment dominant, celui de l'amour national.

Dans une notice de ce genre, vous devez bien comprendre qu'il est impossible de passer en revue chacune des opinions dont l'ensemble constitue l'individualité scientifique d'un homme; ce serait peut-être aussi entrer dans une appréciation critique et sortir du rôle d'historien. D'une manière générale, on peut dire que M. Roux partageait la plupart des opinions de Boyer; seulement j'ajouterai que personne, parmi les chirurgiens de notre époque, n'a porté aussi loin que lui le soin des moindres détails, dans les opérations comme dans les pansements; peut-être même l'espèce de coquetterie qu'il mettait dans l'application des appareils de fractures l'empêcha-t-elle d'adopter les appareils inamovibles. Il se serait cru malheureux de penser que la nature pût travailler à la formation d'un cal régulier sans la surveillance du chirurgien.

Généralement ami du progrès, jusque dans ses dernières années, il étudia chacune des découvertes de la chirurgie sans y apporter d'idée préconçue. Malgré toute son habileté dans l'opération de la taille, la lithotritie ne le trouva point systématiquement hostile, et si l'on veut en avoir la preuve, il suffit de parcourir le rapport qu'il fit en 1825 à l'Académie de médecine, au nom de la section de chirurgie.

Que pouvait-on dire alors de plus encourageant à ceux qui avaient fait les premières recherches, que les paroles suivantes : « Oui, les plus grands éloges sont dus à ceux qui, depuis quel- » ques années, s'occupent avec tant de zèle du broiement de la » pierre dans la vessie. » Et comme si déjà il eût prévu toutes les discussions que soulèverait la question si délicate du choix entre la taille et la lithotritie, il indiqua tout de suite la seule marche à suivre pour résoudre le problème, et termina ses sages conseils par cette phrase, que les novateurs ne devraient jamais perdre de vue : « C'est en ne cachant rien de ce qui peut con- » tribuer à dissiper le doute et l'incertitude sur tous ces points.

» que ceux qui s'occupent spécialement de la lithotritie satisfe-
» ront aux vœux de la science et travailleront à leur propre
» gloire. » Dans cette question, qui avait alors soulevé tant d'enthousiasme et tant d'injustes préventions, il eut le talent, en prévenant un jugement précipité, de conserver au corps scientifique dont il était l'organe une attitude digne et sévère, la seule, comme il le dit si bien, qui convînt à sa position, la seule qui fût digne de la section de chirurgie.

Vingt ans plus tard, à une époque où la lithotritie avait fait d'immenses progrès, une occasion le ramena à émettre son opinion sur ce sujet. MM. Fleury (de Clermont) et Raynaud (de Montauban) avaient adressé à l'Académie de médecine plusieurs observations de taille et de lithotritie chez des adultes et chez des enfants. Chargé, avec M. Velpeau, de rendre compte de ce double travail, M. Roux le fit avec d'autant plus de soin et de plaisir que les mémoires étaient envoyés par les fils de deux de ses anciens collègues auxquels il était sincèrement attaché, et que cette tâche, tout en lui donnant l'occasion d'exprimer franchement sa pensée sur l'état de la science, lui donnait aussi celle de prouver publiquement que ces deux chirurgiens, autrefois ses élèves, étaient dignes du nom honorable qu'ils portaient.

C'est donc dans ce rapport, fait, si je puis le dire, avec une véritable affection, qu'il faut chercher la dernière opinion de M. Roux sur la taille et la lithotritie.

Chez les adultes, pour les calculs de moyen volume, il n'hésite pas à se prononcer en faveur de la taille latéralisée, de préférence à la taille bilatérale, comme étant d'une exécution plus facile et plus prompte. Passant ensuite à l'examen du choix des méthodes d'après les âges, il commence par faire ressortir combien l'affection calculeuse est rare parmi les enfants de la classe aisée et fréquente chez les enfants de la classe pauvre, soumis à un

régime insuffisant ou malsain. Puis abordant les motifs qui lui font préférer la taille dans l'enfance, il énumère les considérations pratiques très justes que vous connaissez tous, telles que la facilité de l'opération, la promptitude de la guérison et la rareté des hémorrhagies ou des accidents consécutifs. Comme ce travail lui fournit l'occasion de parler des divers accidents de la taille, il en profite pour insister sur la gravité des hémorrhagies, et rappeler qu'à une époque assez éloignée, il conseilla et pratiqua plusieurs fois avec succès la ligature de l'artère honteuse interne pour remédier à la blessure d'une des artères du périnée.

Enfin, ce rapport n'est pas seulement intéressant parce qu'il résume l'opinion de M. Roux sur une question difficile, mais aussi par les réflexions qui le terminent.

Déplorant avec raison le peu de soin que les chirurgiens mettent à enregistrer le résultat de leurs opérations, il leur dit combien ils ont tort de se contenter, pour eux-mêmes, de leurs impressions générales et de leurs simples souvenirs, et combien seraient utiles pour la science des relevés statistiques complets et rigoureux. Et, comme le besoin de la vérité le domine, il rappelle à l'Académie l'espèce d'engagement tacite qui avait été pris par tous ceux qui étaient le plus en position de pratiquer la taille ou la lithotritie. « Ne soyons pas, dit-il, retenus par la » crainte d'avoir à mentionner trop de revers ; un pareil senti- » ment d'amour-propre ne saurait être approuvé : toute consi- » dération doit céder devant l'intérêt de la science. »

Ah ! si ces belles paroles pouvaient être entendues de toutes les Sociétés savantes ; si chacun de nous voulait, dans sa pratique, recueillir avec soin tous les résultats non-seulement de ses tailles et de ses lithotrities, mais de toutes ses opérations, ne voyez-vous pas tout de suite que de doutes levés, que de questions résolues, et avec quelle rapidité la science s'avancerait vers la

vérité, au lieu de s'épuiser en vains efforts à renverser le passé ou à errer au milieu du doute et de l'incertitude?

La lithotritie, cette opération si ingénieuse, n'avait donc pas trouvé en lui une opposition systématique, mais un juge éclairé et impartial. Plus tard, lorsque la question de l'anesthésie, cette autre découverte moderne, vint à être portée devant les corps savants, loin de la combattre, il s'empressa de la défendre, malgré ses imperfections et ses dangers, et de l'accueillir comme un moyen salutaire appelé à délivrer désormais les malheureux patients d'horribles et cruelles souffrances.

Reconnaissant tous les services que la ténotomie bien appliquée peut rendre dans mainte circonstance, il y recourut plusieurs fois; il l'employa même dans le strabisme.

J'aurais peut-être évité de vous entretenir de ses opinions sur ce sujet, si lui-même n'y était revenu à plusieurs reprises, et notamment en 1840, lors de la communication de M. J. Guérin à l'Institut.

Nous avons tous notre faible, et M. Roux, qui avait bien d'autres titres à une juste célébrité que celui d'avoir guéri quelques personnes du strabisme par le seul effet d'une ferme volonté ou d'un exercice régulier, n'eut garde de laisser échapper l'occasion de revenir sur la communication qu'il avait faite en 1815. Mais il faut dire, que, malgré tout ce que son opinion pouvait avoir de juste sur les causes et les effets du strabisme, l'exemple qu'il choisissait n'était malheureusement pas fait pour porter la conviction dans l'esprit des assistants : il suffisait, en effet, de le regarder un instant pour voir que, malgré toute sa bonne volonté et tous ses efforts, l'un de ses yeux était habituellement dévié de l'axe naturel.

En rassemblant ses divers mémoires, son travail sur les plaies par armes à feu, les articles si importants du Dictionnaire en trente volumes, et les rapports qu'il fit tant à l'Institut qu'à

l'Académie de médecine, M. Roux ne pouvait pas se reprocher de n'avoir rien écrit. Cependant, malgré ces preuves nombreuses de son activité, il ne se croyait pas encore quitte envers la science.

« Dans une carrière, disait-il, où l'observation est une source » inépuisable de nouvelles lumières et ajoute sans cesse à la » somme des connaissances acquises, chacun est comptable des » fruits de son expérience envers ceux qui lui succèdent ; c'est » une sorte d'héritage dont il doit compte à la postérité et que » celle-ci a le droit de réclamer. »

Ce fut dans cette pensée qu'il entreprit de publier, sous le titre de *Quarante années de pratique chirurgicale*, tous les matériaux qu'il avait pu recueillir pendant sa longue carrière. Pour cet ouvrage, qui eût été en quelque sorte le legs de son expérience à la postérité, il avait choisi la forme épistolaire comme celle qui lui permettait le mieux de suivre son inspiration et de s'abandonner à l'impulsion de son esprit sans être retenu par aucune contrainte.

Une autre pensée lui avait inspiré le choix de cette forme : il voulait que ses lettres fussent comme autant de monuments élevés à l'amitié ; elles devaient porter les noms des savants illustres qu'il affectionnait, de Lawrence, de Valentin Mott, de Riberi, de Chélius.

M. Roux commença cet ouvrage par la chirurgie réparatrice ; c'était un de ses sujets favoris et un de ceux qui avaient le plus contribué à sa réputation.

Il dédia le premier volume à l'illustre chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres, à W. Lawrence. La préface qu'il mit en tête est peut-être le portrait le plus fidèle que jamais auteur ait tracé de lui-même. Qui ne reconnaît son caractère dans ces lignes : « Je n'ai suivi d'autre règle que celle qui m'était » dictée par ma convenance, par la direction de mes pensées

» ou par l'impulsion que mon esprit a dû recevoir des circon-» stances? » N'est-ce pas là l'homme tel que nous l'avons connu, dont l'imagination féconde et la mémoire riche de faits intéressants avaient souvent peine à se contenir dans les limites d'une question?

Cet ouvrage, qui n'est qu'une série d'entretiens sérieux, renferme les préceptes les plus instructifs; ce n'est plus l'art didactique gêné par la contrainte, c'est une conversation facile dans laquelle les plus hauts préceptes de l'art font suite à des observations empruntées à la longue et riche pratique de l'auteur. Voulez-vous être initiés à cette foule de petits détails si futiles en apparence et si précieux dans l'application, étudiez, méditez les *Lettres sur la chirurgie réparatrice.*

Outre tout le talent avec lequel elles sont écrites, il y a une autre qualité bien plus précieuse qui domine, c'est cette excessive bonne foi qui fut, du reste, le propre du caractère de M. Roux. A côté du succès, vous trouvez le revers : commet-il une faute, une erreur, il ne cherche pas à la dissimuler; il la découvre et la met au grand jour, afin que d'autres ne viennent pas se briser sur le même écueil. Ne mettant, du reste, dans l'histoire de ses propres découvertes qu'un sentiment d'amour-propre bien naturel, il sait parfaitement rendre justice à chacun.

Ce volume était en cours de publication lorsque M. Roux ressentit les premières atteintes du mal qui devait bientôt l'emporter. Malheureusement il ne put voir se réaliser le vœu qu'il avait formé depuis si longtemps. L'ardeur, l'activité qu'il mit à ce travail, hâtèrent sans doute sa fin, et il descendit dans la tombe sans jouir de ce dernier succès.

Frappé d'une congestion cérébrale au moment où il se rendait à l'Institut pour remercier ce corps savant qui venait de l'élever aux honneurs de la présidence, il sentit qu'il touchait à sa fin. Il essaya cependant de lutter contre le mal, et un instant sa main

défaillante reprit la plume ; mais bientôt une seconde attaque, plus violente que la première, lui enlevant toutes ses facultés, il n'eut pas même la douce consolation de reconnaître, à ses derniers moments, sa famille et ses amis réunis pour lui prodiguer les soins les plus affectueux.

Bien que depuis cette rechute tout espoir de guérison fût perdu, la nouvelle de la mort de M. Roux fut un coup pour tous ceux qui le connaissaient, et elle retentit douloureusement au sein de la Société de chirurgie. C'est qu'il en est d'une Société comme d'une famille : lorsqu'une nouvelle alliance vient augmenter sa considération, son bonheur, elle célèbre ce jour avec joie, et lorsque la mort vient enlever celui qui était un juste sujet d'orgueil, l'affliction est générale ; on se rappelle le mérite, les qualités de celui qui n'est plus, et l'on regarde avec tristesse le vide qu'il a laissé.

A notre douleur une autre inquiétude vint s'ajouter : qu'allait devenir l'ouvrage qu'il avait entrepris ? Cet ouvrage, destiné à sauver de l'oubli tant de précieux documents, allait-il rester inachevé ? Heureusement non. S'il avait été dans la destinée de M. Roux de ne pas voir ses derniers vœux s'accomplir, il était réservé à la Société de chirurgie de rendre à sa mémoire le même témoignage de respect et d'attachement qu'il avait rendu à celle de Bichat en terminant son *Anatomie descriptive*.

Dans la séance du 26 avril, sur la proposition de notre honorable collègue M. Larrey, il fut décidé qu'une démarche serait faite près de la famille du défunt, pour lui offrir de surveiller la fin de l'impression de l'ouvrage. Cette demande ayant été accueillie avec empressement, la commission, composée de MM. Danyau, Lenoir, Larrey, Gosselin et Broca, se mit à l'œuvre, et, grâce à son activité, le premier volume si attendu put bientôt être livré au public.

Aujourd'hui, le second volume, qui comprend toute l'histoire

des anévrysmes, est entièrement terminé, et, si je m'abstiens d'en faire l'analyse, c'est que cet honneur revient de droit à notre collègue M. Broca, qui a déployé dans cette circonstance un zèle dont nous ne saurions lui être trop reconnaissants.

Tel est, messieurs, le résumé bien incomplet des travaux qui ont contribué à placer M. Roux au nombre des chirurgiens les plus célèbres de notre époque. Qu'il me soit permis maintenant d'ajouter quelques mots sur son caractère, et de vous parler de la trop courte période pendant laquelle il voulut bien s'associer aux travaux de la Société de chirurgie.

Nous l'avons vu nommer, en 1807, chirurgien à l'hôpital Beaujon; en 1810, Boyer, dont il avait toujours suivi les leçons, et qui l'affectionnait à cause de ses qualités et de son talent, le fit entrer à la Charité comme adjoint. Dès lors, jusqu'en 1833, il ne cessa de partager avec lui le service. Ce fut donc à cette grande école, qui représentait si fidèlement les principes de l'Académie royale de chirurgie, que M. Roux se forma.

Bien qu'il y eût entre Boyer et lui une grande différence de caractère, bien que souvent ils n'eussent pas les mêmes idées sur certaines questions, jamais l'harmonie du service ne souffrit de ces petites divisions. D'ailleurs Boyer, qui était fier des succès de celui qu'il avait choisi pour gendre, avait l'âme trop grande pour connaître la jalousie.

Singulier exemple des contradictions de l'esprit humain! Étant chirurgien en second, M. Roux s'était souvent plaint d'avoir en quelque sorte été privé de sa liberté d'action, et plus tard on l'entendit plusieurs fois répéter qu'il était fâcheux que le titre de chirurgien en chef eût été aboli. Quel motif lui inspirait cette pensée? Le désir d'un nouveau titre? Il ne pouvait alors en envier aucun. Était-ce la conviction qu'à ce prix seul on peut conserver les traditions et former d'excellents chefs? Il avait alors raison, mais il oubliait que lui, qui avait eu quelque peine

à accepter les conseils d'un ami, d'un père, n'aurait jamais pu vivre à côté d'un chef, encore moins d'un rival.

M. Roux avait dû son entrée dans les hôpitaux à la manière brillante dont il avait concouru en 1802. Plus tard, ses succès dans l'enseignement particulier, la lutte glorieuse qu'il soutint en 1812, marquèrent sa place à l'École de médecine; aussi lorsqu'en 1820 la chaire de pathologie externe devint vacante, il succéda à Percy, et professa en outre la clinique à la Charité jusqu'en 1835, époque où il remplaça Dupuytren à l'Hôtel-Dieu.

Si je n'avais craint de dépasser les bornes dans lesquelles je dois me renfermer, j'aurais saisi cette occasion de faire devant vous le parallèle des deux écoles de l'Hôtel-Dieu et de la Charité. En effet, au moment où M. Roux changea de service, Sanson était encore à l'Hôtel-Dieu ; s'il ne représentait pas les doctrines trop absolues de Dupuytren, parce que sa noble indépendance s'y refusait, il en avait conservé les plus précieuses traditions, et, de plus, il avait enrichi sa propre pratique de tout ce que sa grande expérience lui avait enseigné et de tout ce que sa vaste érudition lui avait permis d'emprunter aux écoles étrangères ; mais un semblable examen m'entraînerait trop loin, revenons à M. Roux.

Nous venons de le voir quitter la Charité et entrer à l'Hôtel-Dieu. Il lui fut donc donné, comme à Desault, d'occuper dans sa longue carrière les deux plus grands hôpitaux de Paris, et lorsque la mort vint le surprendre, à soixante-quatorze ans, elle le trouva tout aussi actif, tout aussi zélé que dans les plus belles années de sa jeunesse.

Commençant toujours la visite de bonne heure, comme il était d'une grande exactitude, il avait le droit d'être exigeant envers tout le monde. Recherché dans ses manières et dans sa tenue, sensible aux devoirs de la politesse, il ne voulait pas

qu'on en perdît l'habitude à l'hôpital, et il était tellement sévère sur ce point, qu'à moins d'indisposition, il ne tolérait pas qu'on fît son service la tête couverte. Du reste, bon et affable, il était en général gai et heureux de se trouver au milieu des jeunes gens, et se laissait aller assez facilement à une causerie familière. D'une grande exigence pour tout ce qui tenait aux pansements, jamais il ne passait le moindre oubli, le moindre défaut de soin, et comme il excellait dans l'art d'appliquer les appareils, il voulait que chacun l'imitât.

Les élèves affluaient à ses opérations, à sa clinique, et parmi les nombreux médecins étrangers qui visitent nos hôpitaux, il n'en était pas un qui ne voulût entendre sa parole si autorisée, et être témoin de sa merveilleuse dextérité ; aussi étaient-ils assidus à l'Hôtel-Dieu. D'ailleurs son aménité était connue, et tout visiteur était certain d'avance d'être parfaitement accueilli.

Sauf les cas d'urgence, les opérations se faisaient le mardi et le samedi, et jamais il ne commençait sans passer lui-même en revue tout son appareil, afin d'être certain que rien ne manquât.

Plein d'adresse et de sang-froid, excellent anatomiste, ce n'était pas seulement dans les opérations réglées qu'il brillait, c'était surtout dans l'extirpation de ces tumeurs profondes si difficiles à isoler des vaisseaux et des nerfs. Une fois le bistouri à la main, cet homme, si vif, si enclin à donner un libre essor à sa parole, gardait le plus profond silence ; c'était le contraire de Dupuytren, qui, tout en opérant, décrivait le procédé.

D'un calme imperturbable dans les moments les plus critiques, jamais il ne se laissa dominer par les difficultés ou les accidents imprévus. Une fois, dans une trachéotomie, le sang ayant pénétré dans les bronches, le malade allait succomber, lorsque, surmontant une répugnance bien naturelle, M. Roux

appliqua ses lèvres sur la plaie béante, aspira avec force le liquide qui empêchait la respiration, et par sa présence d'esprit sauva ainsi les jours de l'opéré.

Cette habileté, cette adresse, qui lui étaient si naturelles, et dont il devait être justement fier, ne lui inspirèrent pourtant jamais, devant le malade, de ces mouvements d'amour-propre auxquels auraient pu le porter les adulations du public. Loin de là, considérant l'amphithéâtre comme un lieu de douleur, il voulait que chacun s'y tînt avec respect.

Je n'oublierai jamais qu'assistant à une résection de la tête du fémur, quelques jeunes gens, éblouis par la rapidité et le talent avec lequel il avait pratiqué cette opération si difficile, se permirent d'applaudir : indigné, il se retourna vers eux, et, dans quelques mots pleins de noblesse, les rappela aux sentiments des convenances.

On s'est demandé bien des fois comment, au milieu de nombreuses occupations et des devoirs imposés par les hôpitaux, l'enseignement, les Académies, quelques médecins ont fait pour écrire ?

Les uns ont doublé leur temps en l'employant avec ordre et méthode ; les autres, doués d'une organisation privilégiée, ont su concilier tous leurs devoirs, faire marcher de front les travaux de tout genre, sans pour cela se refuser aux exigences de la société ; il leur a suffi de vouloir. M. Roux était de ces derniers : homme du monde dans toute l'étendue de l'expression, il ne sacrifiait pourtant jamais rien à ses plaisirs, et le nombre immense de notes, d'observations et même de mémoires trouvés dans ses papiers, atteste le soin constant qu'il avait de ne point laisser passer un jour, eût-il été en partie consacré à ses amis, sans consigner par écrit les faits les plus importants de son immense pratique.

Aimant les arts et les lettres tout autant que la chirurgie, il

en causait volontiers. Grâce à son excellente mémoire, il pouvait facilement citer un bon nombre de passages de nos classiques les plus célèbres, et c'était pour lui un vrai plaisir de voir ces goûts se développer parmi les jeunes étudiants.

Convaincu avec raison que l'étude sérieuse des langues anciennes est indispensable au médecin, il déplora amèrement la mesure qui devait plus tard favoriser, chez les étudiants en médecine, l'abandon de la langue latine.

On devrait naturellement croire, après ce que je viens de dire de son goût pour la littérature, que sa parole était nette, simple, ne laissant rien à désirer. Eh bien, non ; loin de là : dans la conversation habituelle et dans les leçons, M. Roux prodiguait les épithètes, accumulait les répétitions, et cette manière de rendre sa pensée donnait à son tour de phrase un cachet bizarre. Aussi c'est plutôt dans ses écrits qu'il faut juger l'homme qui savait si bien faire l'apologie des lettres.

Chargé plusieurs fois de rendre un dernier hommage à la mémoire de quelques-uns de ses collègues, il le fit toujours avec une grande noblesse de style et de sentiments.

A deux reprises, désigné pour faire le discours de rentrée à l'École de médecine, il s'en acquitta avec le plus grand succès. Personne de vous n'a oublié la profonde impression que fit son éloge de Boyer et de Bichat, et comment, s'inspirant en quelque sorte de toutes les difficultés d'un semblable parallèle, il sut pendant deux heures captiver l'attention d'un auditoire immense.

Mais si M. Roux puisait dans sa volonté assez de force pour travailler, il avait aussi un autre secret : il savait se reposer.

Ce qui avait été d'abord une nécessité pour rétablir sa santé, devint, par la suite, une distraction salutaire, et pour ainsi dire une habitude. Tous les ans, aussitôt que les vacances de l'École amenaient la clôture des cours, il partait pour quelque excur-

sion, visitant tantôt notre beau pays de France, tantôt l'Italie, l'Angleterre, l'Allemagne, l'Allemagne qui avait tant d'attraits pour lui.

Partout son premier soin était de visiter les hôpitaux, de revoir d'anciens amis ou de nouer de nouvelles relations : il menait ainsi la véritable existence du savant. Puis quand l'heure de la rentrée était sonnée, il venait, frais et dispos, reprendre ses chères occupations, son service d'hôpital, qui était sa vie, et retrouver cette jeunesse studieuse dont il aimait à encourager les premiers essais.

Ce fut ce sentiment qui l'entraînait vers tout ce qui était jeune et passionné pour le travail, qui le porta vers la Société de chirurgie ; après la mort de son ancien collègue Marjolin, de celui qui avait le premier applaudi à la fondation de cette Société, il prit sa place, et bientôt, par son ascendant moral et sa collaboration active, il devint à son tour l'un de nos plus fermes soutiens.

Rappelez-vous avec quel empressement, chaque mercredi, il se rendait à nos séances, avec quel bonheur il se retrouvait au milieu de ses anciens élèves, de ses collègues de la Faculté, de l'Académie, de l'Institut. Lui qui était si heureux des succès de la Société, que ne lui a-t-il été donné de saluer avec nous le nouveau triomphe de notre excellent collègue et maître, M. Cloquet; comme il eût été joyeux de cette nomination !

D'un naturel doux, aimant, M. Roux était rempli d'affection pour tous les siens ; aussi son cœur fut-il profondément éprouvé par la longue et cruelle maladie de sa femme, et par la mort de madame Danyau, sa fille chérie. Ce furent les deux seuls chagrins qui attristèrent sa vie, et dans ces deux circonstances il fut admirable de dévouement.

Mais ne nous arrêtons pas plus longtemps sur une pensée douloureuse ; au lieu de verser des larmes, songeons plutôt à

la manière noble et digne dont il a parcouru sa carrière, et prouvons, par notre amour pour la science et notre respect pour la vérité, que la Société de chirurgie, qu'il honora de son nom, fut digne aussi de le posséder.

ÉLOGE HISTORIQUE

DE

M. P.-N. GERDY,

Lu à la Société de Chirurgie dans la séance du 2 juillet 1856,

Par M. PAUL BROCA,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, etc.

Messieurs,

Il appartiendrait sans doute à une voix plus autorisée que la mienne de prononcer devant vous l'éloge de l'éminent collègue, du savant professeur, du philosophe, de l'homme de bien, que la mort vient de nous ravir. Bien d'autres, mieux que moi, vous auraient raconté cette existence de lutte et de travail, de déboires et de triomphes, partagée entre la méditation paisible et la discussion ardente, vouée avant tout au culte de la science, mais quelquefois aussi mêlée aux agitations de la politique. Celui qui aurait le droit de vous parler avec cette autorité, avec cette maturité de jugement que donne une longue expérience, pourrait tirer de la vie de Gerdy de hautes réflexions morales, de salutaires enseignements. Mais vous avez préféré, par un pieux sentiment, que le maître fût loué par l'élève, et, je le dis avec quelque orgueil, l'ami par l'ami. C'est à moi, c'est au plus jeune d'entre vous que vous avez remis le soin de remplir ce devoir. Puisse le souvenir de l'affection que Gerdy m'a témoignée, puisse l'amour de la justice et de la vérité, qui fut le mobile de toutes ses actions, guider ma plume incertaine et suppléer aux qualités qui me manquent, pour m'acquitter dignement de la tâche périlleuse que vous m'avez confiée !

Pierre-Nicolas Gerdy, professeur à la Faculté de médecine,

chirurgien de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie, naquit à Loches (Aube), le 1er mai 1797, dans une simple famille de cultivateurs, au lendemain d'une révolution qui, en abolissant les priviléges gothiques, venait d'ouvrir toutes les carrières au mérite et au travail. Son père ne possédait qu'une fortune très modique et cultivait lui-même ses champs. Gerdy, loin de rougir de cette origine obscure, aimait à parler de l'humble position de ses parents. « Mon père, disait-il, n'était rien, qu'un honnête homme. » Ajoutons que cet honnête homme n'hésita pas à s'imposer les privations les plus dures pour procurer à ses fils les bienfaits de l'instruction, et pour leur permettre de se créer une existence moins pénible que la sienne.

Les premières années de la vie de Gerdy s'étaient écoulées à la campagne. A onze ans, il entra au petit collége de Bar-sur-Seine, où il ne fit que des études fort imparfaites, terminées par une faible *troisième*. Il était fort peu studieux, plus enclin aux jeux et aux exercices du jeune âge qu'au travail des classes, et ce fut seulement pendant la dernière année qu'il commença à montrer quelques dispositions plus sérieuses. Tous les ans il venait passer les vacances à la maison paternelle, où plus d'une fois il prit part aux rudes travaux des champs. Son cœur garda toujours le souvenir de ces premières années, et son organisation en conserva l'empreinte. Parvenu plus tard à l'une des positions sociales les plus élevées, il resta inaccessible aux molles jouissances du luxe, aux raffinements de la vie civilisée, simple dans ses goûts comme dans ses mœurs, ennemi des conventions futiles et des formules banales, et parfois même, comme le paysan du Danube, poussant la franchise jusqu'à la rudesse. Il ne put ni plier son caractère aux exigences du monde, ni habituer son corps à l'existence sédentaire des villes. La méditation et l'étude étaient plus pénibles pour lui que les fatigues corporelles; il

avait besoin d'exercice, d'air pur et de soleil. Plus d'une fois, lorsque sa santé délabrée l'obligea à suspendre ses travaux, il alla respirer l'air natal, et ce ne fut jamais en vain. Quelques semaines de séjour à la campagne suffisaient pour raffermir sa constitution chancelante, et pour lui rendre des forces que les luttes de la science ne tardaient pas à abattre de nouveau.

Gerdy avait seize ans lorsqu'il quitta le collége de Bar-sur-Seine: il s'agissait pour lui de choisir une carrière. C'était en 1813. L'étoile impériale avait déjà commencé à pâlir ; la guerre avait dévoré les plus belles légions de la France, et l'insatiable conscription engloutissait périodiquement presque tous les jeunes gens valides. M. Gerdy père, désirant soustraire autant que possible son fils à ces chances glorieuses, résolut de lui faire étudier la médecine afin de pouvoir, au besoin, le faire admettre dans le corps des officiers de santé militaires ; mais pour faire face aux frais des études médicales, il n'avait que de bien modiques ressources. Le jeune homme sut comprendre toute l'étendue des sacrifices que sa famille allait s'imposer pour lui, et ce fut alors qu'il manifesta pour la première fois cette volonté passionnée, indomptable, qui est restée le côté le plus saillant de son caractère. En quelques semaines, il se fit en lui un changement radical. L'enfant insouciant et paresseux était devenu tout à coup un homme sérieux, un travailleur opiniâtre. Le premier retour qu'il fit sur lui-même lui montra que ses études littéraires étaient tout à fait insuffisantes. Seul, enfermé avec ses livres, il recommença, il compléta son éducation classique, et parvint, sans le secours de personne, à subir avec succès l'épreuve du baccalauréat ès lettres. Il y avait, dans un hameau voisin, un officier de santé qui lui prêta quelques os et un ouvrage d'anatomie; le futur professeur de la Faculté de médecine eut ainsi pour premier maître un pauvre praticien de village; et lorsqu'il

partit pour Paris, à la fin des vacances, il possédait déjà de solides notions d'ostéologie.

Il arriva dans la grande ville au mois de novembre 1813, et s'installa dans un petit hôtel garni de la rue de la Huchette. Sans amis, sans protecteurs, presque sans argent, incapable, par caractère, de se créer des relations et des appuis, il se réfugia dans l'étude, et s'y livra avec ardeur pendant quatre mois; mais il fut bientôt arraché à cette vie tranquille. La petite somme qu'il avait apportée à Paris était épuisée, et les secours que son père lui destinaient n'arrivaient pas. Les communications étaient coupées ; le sol de la France n'était plus qu'un vaste champ de bataille; les troupes alliées marchaient sur la capitale, et déjà, derrière les hauteurs de Charenton, on voyait se dresser les lances des Cosaques. Le pauvre étudiant de la rue de la Huchette connut alors les angoisses de la faim. Les malheurs de la patrie lui fournirent pourtant une ressource inattendue. L'hôpital Saint-Louis fut transformé en une vaste ambulance pour recevoir les blessés de la bataille de Paris; Gerdy se fit inscrire dans cet hôpital comme externe surnuméraire, et il y trouva, fort à propos, pendant quelques jours, le logement et surtout la nourriture.

Cependant les privations antérieures, les fatigues continuelles, le mauvais air d'un hôpital encombré de blessés et où le typhus sévissait avec violence, avaient porté à sa santé une atteinte menaçante; il avait perdu l'appétit, ses forces déclinaient rapidement. L'inquiétude venait s'y joindre, car depuis longtemps il n'avait aucune nouvelle de sa famille; il savait que son département avait été foulé par quatre armées, ensanglanté par dix batailles, et il se demandait avec angoisse si ceux qui lui étaient chers étaient encore vivants. Enfin, dans les derniers jours du mois d'avril 1814, il reçut une lettre de son père. Cette

lettre renfermait, avec l'ordre de quitter immédiatement Paris, la petite somme nécessaire pour le voyage.

Il rentra donc dans sa famille, et il en était temps, car le typhus avait emporté plusieurs de ses camarades, et déjà lui-même il avait ressenti quelques symptômes alarmants. Il resta six mois entiers à la campagne ; ses forces étaient promptement revenues, mais son père était à bout de ressources, et ce fut seulement au mois de novembre 1814 que l'étudiant put revenir à Paris. Il concourut aussitôt pour l'externat, fut nommé dans un assez mauvais rang, et reprit avec ardeur ses études, que les événements politiques devaient bientôt interrompre une seconde fois. Le retour de l'île d'Elbe changea tout à coup la face de l'Europe. Une nouvelle coalition se forma contre la France, et, pendant que Napoléon allait tenter une dernière fois le sort des armes dans les plaines de la Belgique, les bourgeois et les ouvriers de Paris, prévoyant une invasion prochaine, se préparèrent à la résistance. Les étudiants aussi voulurent montrer leur patriotisme. Ils abandonnèrent les cours, les amphithéâtres, les hôpitaux, demandèrent des armes, s'organisèrent en légion, et se mirent à étudier la charge en douze temps avec une ardeur qui ne dura pas moins de trois semaines. Gerdy, plein d'un enthousiasme juvénile, s'était enrôlé dans une compagnie d'artilleurs volontaires qui faisait la petite manœuvre dans la paisible cour de l'École pratique. Tout ce zèle fut inutile. Pour la seconde fois la France fut envahie, et les jeunes fédérés furent licenciés sans même avoir vu le feu.

Gerdy voulut alors reprendre ses études; mais une variole grave, qui l'atteignit au mois d'août 1815, le tint au lit pendant six semaines. Lorsqu'il put se relever, ses ressources pécuniaires étaient à peu près épuisées. Son père, appauvri par les deux invasions, faisait des prodiges d'économie pour lui envoyer de loin en loin quelques pistoles, qui suffisaient à peine à payer le

loyer d'une chambrette d'étudiant. Gerdy trouvait heureusement son déjeuner à l'hôpital; quant à son dîner, il le prenait chez lui et le préparait lui-même, ce qui n'était pas bien long, car ce repas modeste se composait le plus souvent d'un petit pain, d'un morceau de fromage et d'un verre d'eau. Pour sortir de cette situation pénible, et surtout pour mettre un terme aux sacrifices de sa famille, il se décida à affronter le concours de l'internat, résolution prématurée sans doute, car il n'avait que dix-huit ans, et ses études à la Faculté avaient à peine duré dix mois; puis sa santé n'était pas encore rétablie : à la suite de la variole, son genou gauche était devenu le siége d'un gonflement douloureux. Enfin l'ouverture du concours était prochaine, et, pour préparer le vaste programme de l'internat, il ne lui restait que trente jours. Mais il n'était pas homme à reculer devant les obstacles. Il se mit au travail avec une incroyable énergie, disséquant huit heures par jour, enfermé dans sa chambre le reste du temps, dormant seulement deux heures sur vingt-quatre, et trop pauvre pour faire du feu pendant les longues nuits de novembre. Il arriva au concours presque exténué, subit néanmoins ses épreuves avec assurance, mais il ne put être nommé. Ce double excès de travail et de privations, aboutissant à un échec, imprima une nouvelle secousse à son organisation. Son genou gauche, déjà malade depuis quelque temps, devint le siége d'une tumeur blanche fort grave. Les dernières séances du concours de l'internat avaient eu lieu à la fin de décembre. Le 1er janvier 1816, il fut obligé de se mettre au lit, où il resta sept mois entiers. Le genou s'était rapidement tuméfié, la cuisse était amaigrie, comme étranglée au-dessus de l'articulation; les mouvements étaient peu douloureux, mais ils s'accompagnaient d'un bruit de frottement qui était l'indice d'une altération des cartilages diarthrodiaux. Cet état, d'après les idées du temps, ne comportait guère d'autre traitement que l'amputation. Gerdy

ne voulut pas s'y résoudre, et il fit bien, car les sangsues, les cataplasmes, les moxas, l'immobilité, finirent par amener la résolution de l'engorgement articulaire. A la fin de juillet, le gonflement avait disparu; la jointure était toujours fort roide, mais n'était plus douloureuse, et, quoique le membre fût fort affaibli, le malade put commencer à se lever et à faire quelques pas dans sa chambre, à l'aide d'une genouillère qu'il fut obligé de conserver encore pendant toute une année.

Peut-être aurait-il gardé plus longtemps le lit, s'il n'eût été désireux de prendre part au concours des prix de l'École pratique. Pendant les sept mois de repos forcé qu'il venait de subir, il n'avait pas perdu son temps, et depuis le moment surtout où il avait entrevu l'espoir de la guérison, il avait préparé sans relâche ce concours, sur lequel il comptait pour prouver à ses parents que leurs sacrifices n'étaient pas inutiles. Il se rendit donc à la Faculté, encore faible, traînant la jambe, appuyé sur une canne, et dans un état d'excitation nerveuse qui lui fit tout à coup perdre la voix au milieu de son épreuve d'anatomie. Sans ce contre-temps, il eût gagné le prix; il n'obtint que l'accessit (1).

Ce léger succès, purement honorifique, lui rendit, non le courage, il n'en avait pas besoin, mais l'espérance. Il rentra dans sa famille, confiant dans l'avenir et comptant bien sur le prochain concours de l'internat. Mais ses forces le trahirent encore; sa santé, brisée par tant de secousses, ne se rétablit que

(1) *Bulletins de la Faculté de médecine*, t. V, p. 240, in-8 (séance du 25 novembre 1816). Gerdy, dans ses concours ultérieurs, ne put jamais réussir à surmonter l'émotion des épreuves orales. Dès qu'il commençait à parler, il sentait son cœur battre tumultueusement; puis sa respiration devenait haletante, et bientôt il restait sans voix au milieu d'une phrase. Pour combattre les effets de cette extrême excitabilité nerveuse, il était obligé, pendant la durée de chaque épreuve orale, de s'appliquer sur la région du cœur une vessie pleine de glace.

lentement, et lorsqu'il put venir à Paris, après les vacances, il apprit que la liste des concurrents était déjà close.

Mais il apprit en même temps qu'un autre concours devait s'ouvrir l'été suivant pour la nomination de trois aides d'anatomie. L'anatomie avait été jusqu'alors son étude favorite. Il mit tout son espoir dans ce nouveau concours. Il reprit les dissections avec ardeur, et, pour s'exercer aux épreuves orales, il ouvrit à la Charité un cours public d'anatomie et de physiologie. C'était pendant l'hiver de 1817; il n'avait pas encore vingt ans. Jamais peut-être, depuis J.-L. Petit, les sciences médicales n'avaient eu un professeur aussi jeune. Le succès dépassa son attente; les élèves se rendirent à ses leçons en nombre suffisant pour lui faire une petite renommée. Alors, pour la première fois, il conçut la pensée de parvenir au professorat. L'ambition lui vint, et cette place d'aide d'anatomie, où jusqu'alors il n'avait cherché qu'un gagne-pain, il la convoitait maintenant avec une ardeur nouvelle, parce que c'était la première étape du long chemin qu'il espérait parcourir. Aussi comme il redoubla d'efforts, comme il s'acharna au travail! L'été venu, il s'engagea dans le concours; il fit de bonnes pièces; sa composition écrite fut louée par ses juges, et ses compétiteurs eux-mêmes rendirent hommage au talent qu'il montra dans les épreuves orales. Il touchait déjà au but; quatre années de lutte opiniâtre contre la maladie et contre la pauvreté allaient enfin recevoir leur récompense. Quelques jours encore, et son nom sortirait certainement de l'urne mystérieuse. Sûr de ses droits et ne supposant même pas qu'on pût lui faire une injustice, il n'était pas allé voir ses juges, et il attendait avec confiance le résultat du scrutin.

Les juges, de leur côté, avaient remarqué ce grand jeune homme, à l'extérieur rustique, à la figure accentuée, au langage impétueux, qu'aucun d'eux ne connaissait encore, que personne

ne leur avait recommandé, et qui venait pourtant de déployer devant eux les connaissances les plus solides et les plus brillantes qualités. Tous désiraient le nommer, mais chacun d'eux avait un candidat qu'il ne voulait pas sacrifier; puis Gerdy était bien jeune; il avait le temps devant lui; il réussirait certainement au prochain concours; il n'aurait rien perdu pour attendre..... On alla aux voix. Bogros, que ses épreuves orales semblaient rendre impossible, dut la première place à une habile manœuvre de Breschet et à l'influence de Béclard, dont il était le préparateur particulier. Legouais et Senelle, qui avaient du reste beaucoup mieux concouru que Bogros, obtinrent la deuxième et la troisième place. Quant à Gerdy, qui aurait dû passer avant tous les autres, on se contenta de lui donner la première mention honorable (1).

Ce fut un coup de foudre pour le malheureux jeune homme, qui avait mis dans ce concours son dernier écu et sa dernière espérance. Pendant quatre ans la mauvaise fortune l'avait trouvé inébranlable : ni la maladie n'avait pu l'abattre, ni la misère n'avait pu le décourager; mais l'iniquité l'accabla. Ce qui l'avait soutenu jusqu'alors, c'était sa foi juvénile, sa croyance à la justice des hommes et à la toute-puissance du droit. Ce fut sa première, sa seule illusion peut-être, et en la perdant il retomba désespéré. Il abandonna la lutte, il renonça à l'enseignement, à la science, à la fortune, à la gloire, à tout ce que sa jeune ambition avait rêvé; il se résigna à quitter Paris pour toujours, à retourner dans son village, à prendre place à côté de l'humble praticien qui lui avait prêté son premier livre d'ostéologie. Mais pour cela il fallait d'abord qu'il obtînt le diplôme de docteur, et il lui manquait plusieurs inscriptions qu'il n'avait pu prendre faute d'argent; les faibles sommes que son père lui avait envoyées

(1) *Bulletins de la Faculté de médecine*, t. V, p. 460 (17 juillet 1817).

depuis un an avaient été absorbées par l'épreuve coûteuse des pièces d'anatomie. Il espéra que sa famille, dans un dernier effort, pourrait rassembler encore quelques centaines de francs, et, dans cette confiance, il écrivit au conseil de l'École pour demander le rappel de ses inscriptions en retard. Il porta lui-même cette lettre à la Faculté, et le hasard voulut qu'il rencontrât dans les bureaux Chaussier, l'un des juges de son dernier concours. « Eh! quoi, lui dit Chaussier, vous voulez nous » quitter? Ne savez-vous donc pas que le jury a été frappé de » vos épreuves, et que notre plus grand désir est de vous nommer » au prochain concours?—Si vous aviez voulu de moi, répondit » rudement Gerdy, vous m'auriez nommé hier. Je ne suis pas » tenté de recommencer; d'ailleurs il est trop tard : mon père » n'a plus d'argent. Je n'ai pas le temps d'attendre un autre » concours. »

Le soir même il alla retenir sa place à la diligence, et peu de temps après il partit pour Loches, où il se proposait de rester pendant quatre mois, c'est-à-dire jusqu'à la rentrée de la Faculté. Il trouva sa famille dans une situation navrante. Les récoltes avaient manqué; la disette était affreuse et générale. Il s'assit tristement au foyer paternel, se reprochant d'être en partie la cause de la gêne de ses parents. Seul confident de ses propres inquiétudes, il ne parla à personne de ses inscriptions arriérées. A quoi bon? Où son père aurait-il pris la somme que la caisse universitaire devait tôt ou tard réclamer?

Il y avait déjà six semaines que Gerdy était retiré à la campagne, lorsqu'il reçut de Paris une lettre portant le sceau de la Faculté : c'était sans doute la réponse à sa demande d'inscriptions. Il l'ouvrit avec assez d'indifférence, car pour lui maintenant la difficulté n'était pas d'obtenir ses inscriptions, mais de les payer. Il brise le cachet, il lit : ô surprise! ô joie inattendue! la Faculté lui fait savoir que, par suite d'une décision prise

dans la dernière séance du mois d'août, elle l'a nommé, sans concours, aide d'anatomie, et qu'elle l'invite à se rendre à Paris pour entrer immédiatement en fonctions. D'où venait ce revirement inespéré? Gerdy ne tarda pas à l'apprendre. Chaussier, excellent homme, à qui l'on ne pouvait reprocher qu'un peu de faiblesse, avait éprouvé des regrets tardifs en voyant partir ce jeune homme plein de talent, dont il venait de briser la carrière. La dure réponse de Gerdy, loin de l'indisposer, l'avait ému. La décision du jury avait été ratifiée par la Faculté le 17 juillet 1817; Tissier, le plus ancien des quatre aides d'anatomie, tomba malade peu de temps après, et mourut pendant la seconde quinzaine du mois d'août. Aussitôt Chaussier rassemble ses collègues du jury, leur rappelle les diverses phases du dernier concours, leur dépeint la situation malheureuse du candidat qu'ils ont sacrifié, et réussit à leur faire partager ses regrets. On décide qu'on proposera à la Faculté de ne pas mettre au concours la place vacante, et de nommer Gerdy sans autre formalité. Chaussier présente lui-même cette proposition au conseil des professeurs le 30 août 1817; la Faculté approuve; trois jours après, Gerdy reçoit sa nomination (1).

Toute cette famille attristée passa tout à coup du découragement à l'espérance. Gerdy aimait à parler de ce jour, qui fut peut-être le plus beau de sa vie. La place d'aide lui assurait du pain pour quatre ans, lui permettait de prendre des élèves particuliers, de s'exercer à l'enseignement. Ses parents avaient enfin la certitude que leur fils pourrait se faire recevoir docteur. Mais lui, il songeait déjà à autre chose. Il sentait qu'il avait mis le pied sur le premier degré de l'échelle qui devait le conduire au professorat. Le jour viendrait où, à son tour, il aurait sa part d'influence, où, à son tour, il tiendrait dans ses mains les

(1) *Bulletins de la Faculté de médecine*, t. V, p. 391 (30 août 1817).

destinées des autres, et il jura en lui-même de ne jamais oublier le désespoir où un acte d'injustice l'avait plongé, et d'où il n'avait pu sortir que par un acte d'arbitraire. Dès ce moment, et avant de rentrer dans cette mêlée où il devait user sa vie, il voua une haine mortelle au favoritisme, à la corruption et à l'intrigue. C'était le serment d'Annibal ; il y resta fidèle jusqu'à son dernier jour.

En rentrant à Paris, il prépara le concours de l'internat, où il se présenta quelques semaines plus tard ; mais il manquait de protecteurs, et quoiqu'il eût fait de bonnes épreuves, il échoua. Il était au bout de ses trois années d'externat, et ne pouvait plus par conséquent songer à devenir interne. Il s'en consola bien vite, et pourtant cet échec exerça une grave influence sur sa carrière. Au lieu de diriger ses puissantes facultés vers l'observation des malades, et d'acquérir de bonne heure ce sens pratique que donne le séjour dans un hôpital, il se livra à des études d'un ordre tout différent. L'anatomie, la physiologie, l'histoire naturelle, l'hygiène, la philosophie médicale, la psychologie, tels furent les vastes sujets de ses méditations et de ses recherches. Quant à la chirurgie, il ne s'y adonna que beaucoup plus tard, lorsqu'il fut placé à la tête d'un service d'hôpital. Mais il n'était plus temps de changer la direction de son esprit. Jamais, même dans les salles qu'il dirigeait, il ne sut s'astreindre aux mille détails de la pratique. Il découvrit d'importants phénomènes, de grandes lois ; il formula d'utiles préceptes de thérapeutique ; il inventa de savantes opérations ; il fit faire, en un mot, des progrès considérables à la chirurgie ; mais en lui le praticien ne fut pas à la hauteur du savant, et, en devenant un grand pathologiste, il ne fut jamais un grand chirurgien.

Pendant la durée de ses fonctions d'aide d'anatomie, c'est-à-dire de 1817 à 1821, Gerdy fit un grand nombre de cours,

publics ou particuliers, d'anatomie et de physiologie, et, désormais au-dessus du besoin, il commença à s'occuper de recherches originales. Il travailla ainsi tout un an sans rien publier. Mais la nomination de Béclard à la chaire d'anatomie, le 6 novembre 1818, laissa vacante la place de chef des travaux. Cette place, aux termes du règlement, devait être mise au concours, et tout annonçait qu'elle deviendrait le partage de l'un des prosecteurs de la Faculté. Gerdy, simple aide d'anatomie, ne songeait pas à concourir; mais prévoyant qu'une place de prosecteur allait devenir vacante, il se hâta de publier ses premiers travaux pour se créer des titres antérieurs. En quelques semaines il fit quatre lectures devant la Société de l'École de médecine. Ce fut d'abord, le 15 décembre 1818, un *Mémoire sur l'organisation du cœur;* puis, le 14 janvier suivant, un *Mémoire sur la circulation veineuse*, et le 28 du même mois, un *Mémoire sur la circulation capillaire*. La quatrième lecture, beaucoup moins importante, était une simple note sur un cas fort curieux de *spina-bifida* (25 février 1819). Ce dernier travail ne pouvait offrir qu'un intérêt partiel, mais les trois autres avaient une grande portée; la description des zones fibreuses et des fibres musculaires du cœur n'avait jamais été faite avec autant d'exactitude, et il est vraiment remarquable que les deux mémoires sur la circulation aient pu sortir d'une tête de vingt et un ans. On croyait alors généralement en France que le cœur était le seul agent actif de la circulation : les artères, les veines, les capillaires étaient considérés comme de simples tuyaux de conduite, entièrement inertes, susceptibles seulement de se laisser distendre et de réagir par pure élasticité. Gerdy ne craignit pas d'attaquer cette erreur; il soutint que l'activité propre des artères, et surtout des capillaires, contribuait bien plus que le cœur à pousser le sang dans les veines. Il ajouta que la rapidité du sang veineux variait beaucoup dans les diverses parties du

corps ; enfin il démontra que la pesanteur exerce sur la circulation une influence considérable. Déjà il prenait place entre les vitalistes purs de l'école de Bichat et les physicistes de l'école opposée. Comme ceux-ci, il reconnaissait l'intervention des lois physiques dans les phénomènes des êtres vivants ; comme ceux-là, il accordait à tous les tissus des propriétés vitales. Quelques années encore, et il allait devenir à son tour le chef d'une école nouvelle, moins exclusive et plus durable que les deux autres. Il n'est pas sans intérêt de remarquer que, dès ses premiers pas dans la physiologie, il avait reconnu l'influence de la pesanteur sur la circulation. Cette idée, émise alors en passant, il devait, quinze ans plus tard, la développer, la féconder et en tirer des applications chirurgicales de la plus haute importance.

Sur ces entrefaites, le concours pour la place de chef des travaux anatomiques se termina, le 30 avril 1819, par la nomination de Breschet. Ce ne fut pas une mince surprise pour ceux qui savaient combien ce concurrent était malhabile dans les dissections. Le fait est que Breschet n'avait point fait ses pièces lui-même, et qu'il s'était servi du scalpel d'un autre. Notre éminent collègue, M. J. Cloquet, qui ne fut pas nommé et qui aurait dû l'être, doit encore s'en souvenir.

La promotion de Breschet laissait un vide dans les rangs du prosectorat. Déjà les aides d'anatomie se disposaient à concourir ; Gerdy, quoique le plus jeune d'entre eux et le dernier nommé, comptait bien prendre une revanche éclatante sur les candidats qu'on lui avait préférés dans le précédent concours ; mais le favoritisme en avait décidé autrement. Un jour, les futurs compétiteurs trouvèrent leur collègue Bogros installé dans l'ancien cabinet de Breschet. Inquiets et surpris, ils allèrent aux informations ; ils apprirent que le concours n'aurait point lieu, qu'on ne nommerait point de prosecteur : désormais, et à perpé-

tuité, les cours devaient être préparés par Bogros, qui prendrait le titre de *préparateur*, et, comme tout travail mérite récompense, on allait donner au nouveau préparateur les appointements du prosecteur, dont la place demeurait supprimée.

D'où venait cette faveur exceptionnelle, accordée, au mépris de l'équité et en dépit des règlements, à un homme qui ne s'était créé aucun titre ni dans l'enseignement ni dans la science, et dont l'incapacité était connue de tout le monde? Ce n'est pas le détail le moins instructif de l'histoire de ce temps-là. Bogros, déjà âgé de trente-trois ans, ne portait ombrage à personne; simple et bon, dépourvu de toute initiative, laborieux du reste, et infatigable comme une machine, il ne voyait dans l'anatomie qu'un art manuel, et avait fini par acquérir dans la pratique des dissections une grande habileté. Nul ne savait mieux que lui pousser une injection, gratter un os, tendre et peindre une pièce; mais il fallait qu'on lui donnât de la besogne, car par lui-même il n'aurait rien entrepris. Béclard, chef des travaux anatomiques, avait remarqué ce pauvre diable et l'avait attaché à son cabinet; plus tard, devenu professeur, il avait conservé beaucoup d'affection pour son ancien préparateur. Mais déjà, avant cette époque, Breschet avait compris tout le parti qu'on pouvait tirer de cet ouvrier patient et modeste, qui consentait de grand cœur à travailler pour lui. Quand Breschet éprouvait le besoin de faire une découverte, il mettait Bogros à l'ouvrage, et quand il avait un concours à subir, c'était encore Bogros qui lui faisait ses pièces. Celui-ci fut d'abord très flatté d'une pareille confiance; mais peu à peu, à force d'entendre vanter les travaux qu'il avait faits pour autrui, il finit par se croire très-capable, et voulut à son tour devenir quelque chose. On venait justement d'annoncer un concours pour trois places d'aides d'anatomie; il résolut d'y prendre part. Ce projet n'était pas sans hardiesse, car Bogros ne brillait qu'à l'amphithéâtre; il ne

savait ni parler ni écrire, et ignorait même l'orthographe. Mais l'amitié de Breschet lui vint en aide. Ils conclurent une alliance offensive et défensive. Il fut convenu que Bogros continuerait à fournir à Breschet des pièces de concours, et qu'en échange Breschet fournirait à son associé des compositions écrites. Il ne s'agissait plus que d'inventer un moyen assez ingénieux pour endormir la surveillance des candidats et des juges. Ce moyen fut trouvé. Le concours commença; la manœuvre réussit, et l'on n'a pas oublié que Bogros fut nommé aide d'anatomie au détriment de Gerdy.

Cet heureux succès était encourageant. Deux ans plus tard, lorsque la place de chef des travaux devint vacante par la promotion de Béclard, Bogros paya loyalement sa dette. Pour plus de sécurité, il s'inscrivit parmi les compétiteurs, et fit de magnifiques pièces, qui passèrent pour la plupart sous le nom de Breschet.

Par pari refertur. Il était résulté de cet échange mutuel de services une étroite intimité entre Breschet et Bogros. La bienveillance de Béclard était déjà acquise à ce dernier, qui dut à ce protecteur puissant et aux actives manœuvres du nouveau chef des travaux anatomiques la faveur d'être promu sans concours à une sorte de prosectorat perpétuel.

En apprenant cette nouvelle inattendue, les aides d'anatomie s'émurent. Gerdy rédigea une réclamation, qui fut lue le 24 juin 1819 dans le conseil de l'École (1). Le 22 juillet, il fut décidé que cette réclamation était fondée, et que la place de prosecteur vacante serait mise au concours (2). Cependant Bogros avait déjà pris possession de ses nouvelles fonctions et de ses nouveaux appointements; il lui était dur de s'en séparer. Ses protecteurs jugèrent que le meilleur moyen était de gagner du

(1) *Bulletins de la Faculté de médecine*, t. VI, p. 412 (24 juin 1819).

(2) *Ibid.*, p. 432 (22 juillet 1819).

temps. Dans la séance du 5 août, le concours fut remis au mois de novembre suivant (1); puis, le mois de novembre venu, il n'en fut plus question. Quatre mois s'écoulèrent encore sans changement. Le 9 mars 1820, Gerdy adressa à la Faculté une nouvelle réclamation. Cette fois, Chaussier se chargea de l'affaire, et l'ouverture du concours fut définitivement fixée au 1er avril (2).

Bogros avait gagné un an; mais c'était peu de chose à côté de l'espoir dont il s'était bercé. Il ne lui restait plus que la chance de concourir comme les autres; il s'y résigna, comptant bien sur la plume auxiliaire de Breschet.

Il n'y a pas de petits événements dans la vie; ce sont quelquefois des circonstances légères qui décident de l'avenir d'un homme, de la tournure de son caractère, de la direction de son esprit. En faisant connaître tant de détails minutieux, je crains de fatiguer votre attention; je ne puis pourtant les passer sous silence, car ils ont exercé sur la vie de Gerdy une influence décisive. Le malheur voulut qu'au début de sa carrière il se heurtât contre des menées et des complots; il finit par les déjouer, mais son âme aigrie resta pour toujours ouverte à la méfiance. Il voyait partout des conspirations, des intrigues souterraines, et tout ce qui lui paraissait suspect était dans son esprit irrévocablement condamné. Plus d'une fois il rencontra juste, mais souvent aussi il se trompa, et presque jamais il ne sut revenir sur sa première impression. Cette tendance malheureuse a attristé sa vie; elle l'a rendu injuste envers quelques hommes, elle a détaché de lui beaucoup de ses collègues, et l'a jeté dans un isolement dont ses ennemis ont profité.

Revenons maintenant à ce concours du prosectorat, qui a eu pour lui des conséquences si fâcheuses.

(1) *Bulletins de la Faculté de médecine*, p. 457 (5 août 1819).

(2) *Ibid.*, t. VII, p. 96 (9 mars 1820).

Les épreuves commencèrent le 1er avril 1820; les pièces furent régulièrement déposées, et le jour de la composition écrite arriva. Les candidats s'assirent dans la grande salle des thèses; chacun prit place dans un coin, et le jury, après avoir donné la question, se retira. Quelques instants après, Bogros, prétextant un léger besoin, demanda à ses compétiteurs la permission de sortir, et rentra au bout d'une minute. Ce fut pour l'esprit perçant de Gerdy comme une révélation. Il se souvint que trois ans auparavant, à pareille époque, à pareille épreuve, pendant le concours des aides d'anatomie, Bogros était sorti sous le même prétexte au commencement et à la fin de la séance; il se souvint que, chargé par le sort de suivre la lecture de la copie de Bogros, il avait été surpris de n'y pas voir de fautes d'orthographe; qu'enfin le candidat avait balbutié en lisant, comme s'il ne connaissait pas sa propre écriture. Il en conclut qu'il avait alors été victime d'une fraude; que cette fraude se renouvelait aujourd'hui; que quelqu'un, déjà prévenu, était caché quelque part, dans le cabinet du prosecteur sans doute, écrivant une copie dont Bogros viendrait bientôt s'emparer. Cette découverte une fois faite, il rédigea sa composition avec une activité fiévreuse, et lorsqu'il eut terminé, une demi-heure avant la fin de la séance, il se mit à surveiller les mouvements de Bogros. Celui-ci se retournait déjà sur sa chaise, et se disposait à exécuter la seconde partie de son plan. Gerdy le prévint, sortit le premier, fit quelques pas dans le corridor circulaire qui entoure le grand amphithéâtre de l'École, et se trouva face à face avec Breschet, qui sortait du cabinet du prosecteur, tenant un papier à la main. Il le croisa rapidement, gagna le fond du corridor, revint presque aussitôt sur ses pas et rentra dans la salle. — Quelques instants après, Bogros fit une seconde sortie aussi courte que la première. En le voyant reparaître, Gerdy se lève avec indignation. « Monsieur, s'écrie-t-il, sortez, retirez-

» vous du concours! » Les autres compétiteurs, qui n'avaient pas suivi la manœuvre, ouvraient de grands yeux étonnés. Bogros, atterré, se récrie, veut se fâcher. « Tout cela est inutile, » dit Gerdy, vous avez une copie dans la poche; quelqu'un que » j'ai vu vient de vous la donner. Si je mens, prouvez-le, laissez- » vous fouiller! » Béclard, qui attendait dans la salle voisine, entend ce vacarme; il entre, apaise le tumulte, décide que les deux champions, pendant la fin de la séance, se placeront à la même table, l'un près de l'autre, et qu'ils contre-signeront mutuellement toutes les pages de leur copie. Désormais la substitution était impossible. Mais la séance était presque terminée; Bogros, comptant sur un renfort qui n'avait pu venir, avait laissé aller sa plume, sans s'inquiéter de ce qu'il écrivait. Le malheureux remit sa composition, mais ne vint pas la lire. Il s'avoua vaincu; le concours se termina sans lui.

Gerdy ne doutait plus du succès; les épreuves lui avaient été favorables; ses compétiteurs eux-mêmes le reconnaissaient. Cependant la délibération du jury se prolongeait, et les juges, en sortant, refusèrent de faire connaître leur décision. Que présageait ce silence? Rien de bon, et on le sut bientôt. Dans la séance du 15 juin 1820, la Faculté adopta le rapport de Béclard, dont les conclusions étaient : 1° Qu'il n'y avait pas lieu de nommer à la place de prosecteur; 2° que, comme il fallait pourtant que quelqu'un préparât le cours, Bogros serait nommé *préparateur;* 3° que Gerdy et Desportes, s'étant distingués dans les épreuves, recevraient un témoignage public de satisfaction (1). C'est-à-dire que, à part cette dernière clause, les choses étaient remises dans le même état qu'avant le concours. O ironie! le jury déclare que deux candidats ont mérité des témoignages de satisfaction, et déclare en même temps qu'il n'est satisfait de

(1) *Bulletins de la Faculté de médecine*. p. 208 (15 juin 1820).

personne! Un troisième candidat s'est rendu coupable d'une tentative odieuse, et c'est celui-là qu'on récompense! Bien des fois Gerdy m'a raconté cette histoire, dont les principaux détails et les conclusions sont consignés dans les actes officiels de la Faculté. Il m'en a parlé encore cet hiver pendant sa dernière maladie, presque à son lit de mort; sa voix, déjà éteinte, ne rendait plus que des sons impuissants, mais son œil s'animait encore au souvenir de cette ancienne injustice. Ce n'était qu'un point dans sa vie; loin de perdre à ce jeu, il y avait, au contraire trouvé profit, puisqu'il fut nommé prosecteur l'année suivante, et qu'il resta ainsi un an de plus en fonctions. Et pourtant il ne voulait pas que cela fût oublié! Il ne haïssait pas ses juges; il ne me les a jamais nommés, à l'exception de Béclard qu'il regardait comme un honnête homme, égaré un moment par son affection pour Bogros; ce qui l'indignait, c'était l'acte en lui-même, c'était l'intrigue triomphante, la fraude récompensée, le droit violé, le concours tourné en parodie, et il voulait avant de mourir faire fructifier cet exemple, pour inspirer à ceux qui devaient lui survivre le sentiment de la justice et le respect du devoir.

L'issue inattendue du concours du prosectorat faisait une situation difficile aux aides d'anatomie. L'une des deux places de prosecteurs était déjà supprimée; l'autre sans doute le serait bientôt, car il était déjà vaguement question de faire pour Dugès ce qu'on avait fait pour Bogros. Ce nouveau danger fut heureusement évité; on se contenta de nommer Dugès prosecteur surnuméraire sans appointements, ce qui ne nuisait à personne; mais cette décision ne fut prise que le 20 décembre de l'année suivante (1), et jusque-là il fut permis de craindre la suppression totale du prosectorat proprement dit. Gerdy, voyant son

(1) *Procès-verbaux manuscrits des séances de la Faculté* pour l'année 1821 (registre in-folio déposé dans les bureaux de la Faculté), séance du 20 décembre 1821.

avenir menacé du côté de l'École, se retourna d'un autre côté. On venait d'instituer au Muséum des places d'élèves naturalistes; le concours était déjà annoncé. L'intrépide compétiteur se fit inscrire et fut nommé au mois de novembre 1820.

Après avoir pris cette sage précaution contre des éventualités inquiétantes, Gerdy revint à la charge et s'entendit avec ses collègues d'adjuvat, dont les fonctions, comme les siennes, allaient bientôt expirer. L'un d'eux, découragé, donna sa démission et retourna en province : c'était Legouais. Les autres s'occupèrent d'obtenir le rétablissement du concours du prosectorat, et demandèrent, en pis-aller, que si on leur refusait toute chance d'avancement, on les prolongeât du moins dans leurs fonctions d'aides. La Faculté parut d'abord disposée à accueillir favorablement cette demande; c'était la conséquence à peu près inévitable de la mesure exceptionnelle prise en faveur de Bogros. Cette belle et féconde institution des concours de l'École pratique, à laquelle la chirurgie française doit en grande partie sa splendeur, cette pépinière chirurgicale où les jeunes talents se développent, où se forment les anatomistes, les physiologistes, les chirurgiens, où les hôpitaux et la Faculté viennent recruter leur personnel, tout cela fut alors bien près de disparaître. La prorogation indéfinie des prosecteurs et des aides, qui fut en question pendant plusieurs mois, aurait suspendu les concours et fermé l'avenir à toute une pléiade de jeunes travailleurs qui devaient plus tard illustrer leur pays. C'étaient les Blandin, les Velpeau, les Bouvier, les Amussat, pour ne parler que de ceux qui étaient déjà préparés à la lutte, et qui depuis plusieurs années attendaient, l'arme au pied, le moment du concours. La Faculté comprit combien il eût été fâcheux pour la science et pour sa propre gloire de leur couper le passage et d'éteindre en eux le feu sacré du travail. Le 22 mars 1821, elle accepta la démission motivée de Legouais, et déclara qu'elle voulait con-

server le principe des fonctions temporaires (1). Une commission nommée séance tenante fit son rapport le 29 avril suivant, et décida que les places d'aides seraient mises au concours. M. Bouvier, couvert depuis trois ans de toutes les couronnes de l'École pratique, fut désigné pour remplacer provisoirement l'aide d'anatomie démissionnaire. Mais on ne prit aucune décision sur la place de prosecteur, et Bogros fut maintenu dans la position irrégulière à laquelle il se cramponnait depuis plus de deux ans (2).

Gerdy ne perdit pourtant pas courage; le 12 juillet 1821, il adressa à la Faculté une nouvelle réclamation (3). La Faculté décida d'abord qu'elle maintenait son précédent arrêté, et toutefois elle ne tarda pas à se déjuger, car dans la séance suivante (26 juillet), elle prit enfin le parti, après deux années d'oscillations, de rentrer dans la ligne droite, et de mettre au concours la place de prosecteur (4). Le concours eut lieu, et Gerdy fut nommé le 20 décembre 1821, après une attente qui n'avait pas duré moins de deux ans et huit mois. Le même jour, MM. Bouvier, Blandin, Velpeau et Amussat furent nommés aides d'anatomie, et les cadres de l'École pratique se trouvèrent enfin au complet (5). Jamais certainement ils ne furent mieux remplis.

Quant à Bogros, on créa pour lui, en dehors du prosectorat, une place de *préparateur* à vie, avec 1200 fr. d'appointements. C'était par là qu'il aurait fallu commencer. Désormais il renonça à tout avancement, et rentra dans l'obscurité où il retrouva les

(1) *Bulletins de la Faculté de médecine*, t. VII, p. 445 (séance du 22 mars 1821). Ce procès-verbal est le dernier qui ait été publié. La création de l'Académie de médecine mit fin aux travaux de la Société de l'École, et les *Bulletins de la Faculté* cessèrent de paraître.

(2) *Procès-verbaux manuscrits des séances de la Faculté* pour 1821 (registre in-folio déposé à la Faculté), séance du 19 avril 1821.

(3) *Id.*, séance du 12 juillet 1821.

(4) *Id.*, séance du 26 juillet.

(5) *Id.*, séance du 20 décembre.

principes de probité qu'une ambition déplacée lui avait fait oublier un moment. Son caractère doux et affectueux lui fit pardonner un égarement passager, dont il eût été injuste, d'ailleurs, de faire peser sur lui la principale responsabilité. Il se traîna encore pendant quelques années dans les amphithéâtres où il travaillait presque toujours pour les autres; il y usa sa santé et mourut à la peine, âgé de trente-neuf ans, laissant dans le musée quelques belles pièces d'anatomie, mais n'ayant rien produit, du reste, si ce n'est un mauvais procédé pour la ligature de l'iliaque externe, et un mémoire de huit pages sur l'injection prétendue des tubes nerveux. Ainsi finit cet infortuné, plus digne de pitié que de blâme, victime de ses propres protecteurs, qui, au lieu de le laisser retourner dans ses montagnes, où il eût trouvé la santé et le bonheur, entreprirent, au détriment de la justice, de le hisser dans une position supérieure à ses facultés, et ne purent lui créer qu'une existence de déception et de misère.

Il avait été jeté comme une entrave sur le passage de Gerdy; mais on n'arrête pas ainsi les hommes qui possèdent, outre le droit, l'intelligence et l'énergie. Gerdy finit donc par surmonter cet obstacle. Mais cinq années de luttes continuelles contre le favoritisme des uns, contre la perfidie des autres, lui avaient donné le mépris des hommes, et avaient laissé sur son caractère une empreinte ineffaçable. Il s'enferma dans un isolement sauvage, évitant le contact d'une société qu'il croyait à jamais corrompue, inaccessible à l'indulgence, inquiet, ombrageux, avare de son estime, et plus encore de son amitié. Tel il était alors, et tel il resta depuis. Il conserva des principes inflexibles; mais en pratiquant la vertu, il ne sut pas la rendre aimable. Ceux qui le lui ont reproché en avaient-ils bien le droit? Était-ce sa faute, si, dès son entrée dans la vie, à un âge où les impressions ne s'éteignent pas, il avait été poursuivi par le malheur, foulé aux

pieds par l'injustice? C'est pour cela que j'ai dû m'imposer la tâche de transcrire longuement cette page de son histoire, au risque de sortir des règles du panégyrique, en révélant des vérités aussi dures à entendre que périlleuses à dire.

Les préoccupations orageuses du concours du prosectorat n'avaient pas détourné Gerdy de ses travaux. Il avait continué ses cours, ses recherches d'anatomie et de physiologie, et cette année 1821, si féconde pour lui en émotions de toutes sortes, fut précisément l'une des plus remarquables de sa vie scientifique. Il lut d'abord à l'Académie de médecine, récemment instituée, son célèbre *Mémoire sur la structure de la langue*, où la disposition des muscles linguaux intrinsèques se trouvait pour la première fois décrite avec quelque exactitude. Puis il publia, dans le *Journal complémentaire* de Panckoucke, un article général sur l'étude de la physiologie, bientôt suivi d'un travail de premier ordre, inséré dans le même journal, et intitulé : *Essai d'analyse des phénomènes de la vie* (septembre 1821). Cet essai fut un coup de maître, et aucun travail peut-être n'a exercé sur les destinées de la physiologie une influence plus étendue. Pour en faire sentir toute l'importance, il est bon de dire quelques mots des doctrines qui se disputaient alors les suffrages.

Il y avait d'abord une certaine secte de gens soi-disant orthodoxes, qui auraient cru profaner l'œuvre de Dieu en étudiant les lois de la vie, et qui, pour expliquer toutes choses, avaient trouvé ce grand mot vide de sens : le principe vital. Cette petite église avait bien ses schismes et même ses hérésies ; mais elle retrouvait son unité dès qu'il s'agissait de combattre l'ennemi commun, c'est-à-dire la science. Puis, comme tout excès provoque un excès inverse, vis-à-vis de cette extrême droite, il y avait une extrême gauche, composée de gens à qui la chimie et la physique avaient tourné la tête, et qui prétendaient expliquer tous les phénomènes des corps vivants par les lois de la nature

morte. Entre ces deux sectes, également excentriques, se plaçaient les vrais physiologistes qui admettaient à la fois dans l'organisme des phénomènes physiques et des phénomènes vitaux. Ils étaient en petit nombre, et néanmoins divisés en deux camps. L'école de Bichat, représentée par Richerand et Chaussier, faisait aux phénomènes vitaux une part exagérée ; l'autre école, déjà dirigée par Magendie, leur faisait une part trop restreinte, et méconnaissait l'intervention de la vie dans un grand nombre de fonctions où les lois de la physique et de la chimie jouent un rôle important, sans doute, mais non exclusif. Gerdy, cherchant les causes de ces divergences, ne tarda pas à reconnaître qu'elles étaient le résultat d'un malentendu, que la plupart des fonctions sont complexes, et se composent de plusieurs phénomènes, les uns physiques, chimiques ou mécaniques, les autres purement vitaux. Pour éviter à l'avenir toute confusion semblable, il résolut de diviser et de classer les actes multiples de l'organisme. Là où jusqu'alors on avait employé la synthèse, il se livra, lui, à l'analyse, et, comme les chimistes à la recherche des corps simples, il s'efforça de décomposer les fonctions vitales pour les ramener à un certain nombre de faits-principes, désignés par lui sous le nom de *phénomènes simples*. Bien d'autres, avant lui, avaient tenté cette entreprise; mais, fascinés par la gloire de Newton, à qui il avait suffi de découvrir une seule propriété de la matière pour pénétrer le secret des plus grands phénomènes de la nature, ils avaient voulu ramener à la simplicité tous les actes de la vie, en les expliquant au moyen de ces deux propriétés de la matière organisée : la sensibilité et la contractibilité. Gerdy suivit une marche inverse ; il fit reposer le vitalisme sur des bases plus solides. Ce nouveau vitalisme différait autant de l'autre que la chimie des modernes diffère de celle des anciens. Autrefois on croyait qu'il n'y avait que quatre corps simples ; plusieurs n'en voulaient que trois ; les plus généreux en admettaient jus-

qu'à cinq. Aujourd'hui on en connaît plus de soixante, et tous les jours on en découvre de nouveaux. Gerdy fit subir à la physiologie générale une révolution analogue. Après avoir poussé aussi loin que possible l'analyse des fonctions, il admit comme phénomènes simples tous ceux qu'il n'avait pu décomposer ; puis, faisant une grande classe de ceux qui dépendaient exclusivement des lois de la physique générale, il réunit, dans une autre classe, sous le nom de *phénomènes vitaux*, ceux qui, dans l'état actuel de la science, échappaient à toutes les explications. Cette dernière classe renfermait dix-huit groupes de phénomènes, relevant chacun d'une *propriété* ou *faculté vitale* particulière.

Telle fut la doctrine entièrement neuve que Gerdy exposa dans son *Essai sur les phénomènes de la vie ;* le temps l'a sanctionnée, et il est aisé de prévoir qu'elle vivra dans l'avenir. Certes, tout n'était pas irréprochable dans l'œuvre du jeune physiologiste ; l'analyse, un peu trop subtile sur certains points, était peut-être insuffisante sur d'autres, et plusieurs phénomènes, classés alors avec juste raison parmi ceux dont la physique et la chimie ne donnaient pas l'explication, étaient appelés plus tard à changer de place et à sortir de la classe des phénomènes vitaux. Il était impossible que du premier jet l'auteur eût atteint la perfection idéale, et qu'il eût deviné toutes les découvertes ultérieures. Mais la nouvelle doctrine avait cela de remarquable, qu'elle était compatible avec tous les progrès, et qu'elle pouvait indéfiniment, sans cesser d'être, se prêter à toutes les évolutions de la science. C'était la méthode naturelle substituée aux systèmes ; et de même qu'en botanique la méthode de Jussieu est restée debout au milieu des modifications sans nombre qu'on a fait subir à la délimitation des familles, des genres et des espèces, de même, en physiologie, les recherches des successeurs de Gerdy pourront conduire à reviser la

classification qu'il a adoptée, mais ne réussiront pas à entamer sa doctrine.

Gerdy n'avait que vingt-quatre ans lorsqu'il ouvrit cette voie nouvelle et féconde. A l'âge où l'esprit humain aime les théories brillantes, les explications hasardeuses, il préférait déjà la froide analyse, la méditation sévère et profonde. Il est vraiment incroyable que, si jeune encore, il ait pu embrasser d'un seul coup d'œil le vaste champ de la physiologie, et il est étonnant surtout qu'il n'ait pas reculé devant l'étude si aride et si difficile des facultés intellectuelles.

Gerdy entra en fonctions comme prosecteur le 1er janvier 1822, et il en était temps, car l'institution des aides-naturalistes venait d'être supprimée; il avait par conséquent perdu sa place du Muséum. Ses dix premiers mois d'exercice ne furent traversés par aucun événement notable, mais sa position fut de nouveau compromise au mois de novembre de la même année par un de ces actes iniques que la peur fait commettre aux gouvernements faibles et impopulaires. La Faculté n'avait su se faire remarquer ni par son zèle religieux, ni par son zèle royaliste, et l'abbé de Frayssinous, récemment élevé à la dignité de grand-maître de l'Université, venait de publier une circulaire où l'on remarquait la phrase suivante : « Celui qui aurait le malheur de vivre sans » religion ou de ne pas être dévoué à la famille régnante, devrait » bien sentir qu'il lui manque quelque chose pour être un digne » instituteur de la jeunesse. » Ce jour-là, la suppression de la Faculté fut résolue; on n'attendait plus qu'un prétexte, les étudiants le fournirent. Le 18 novembre 1822, la séance de rentrée de l'École de médecine fut troublée par des sifflets et des huées à l'adresse de l'abbé Nicolle, recteur de l'Académie, qui était venu présider la solennité, et que les jeunes gens avaient pris pour l'abbé de Frayssinous. Trois jours après, pendant que les professeurs assemblés délibéraient sur le moyen d'empêcher le

retour du désordre, Louis XVIII, à l'insu du Conseil royal de l'instruction publique et au mépris d'une loi qui n'avait pas été rapportée (1), signait une ordonnance qui déclarait la Faculté supprimée. On ferma les cours, les musées, la bibliothèque, le jardin botanique, l'École pratique; on remboursa aux étudiants l'inscription qu'ils venaient de payer, et l'on autorisa ceux d'entre eux que la police n'avait pas signalés à aller prendre cette inscription dans les Écoles de province (2).

Gerdy, dont les fonctions se trouvaient ainsi violemment suspendues, se livra pendant tout l'hiver à l'enseignement particulier; mais cela ne pouvait suffire pour réparer les brèches de son revenu, parce que les jeunes gens retournaient dans leurs familles et que le quartier latin devenait désert. Il n'avait pas la ressource d'exercer la médecine, car il n'était pas docteur, le règlement de l'ancienne Faculté ne permettant pas aux aides d'anatomie et aux prosecteurs de prendre leur diplôme sans être considérés comme démissionnaires. Dans cette perplexité, Gerdy ouvrit un cours particulier d'anatomie à l'usage des peintres et des sculpteurs. Ce cours eut beaucoup de succès, et fut continué presque sans interruption jusqu'en 1830.

Cependant le ministre préparait les bases d'une autre Faculté plus dévouée que l'ancienne. Onze professeurs, considérés comme incorrigibles, furent mis de côté et remplacés par une pieuse coterie où il est triste de voir figurer le grand nom de Laënnec. Les autres professeurs conservèrent leur place. Solennellement instituée le 10 mars 1823, la nouvelle Faculté se réunit pour la première fois le surlendemain; le 17, elle s'occupa de l'École

(1) D'après l'article 79 du décret du 17 mars 1808, la révocation des professeurs ne pouvait être prononcée que par le grand-maître et le Conseil de l'Université réunis. Ce décret était encore en vigueur. L'ordonnance du 21 novembre 1822 était par conséquent illégale.

(2) J.-C. Sabatier (d'Orléans), *Recherches historiques sur la Faculté de médecine de Paris*. Paris, 1835, in-8, p. 220.

pratique, et le 1er avril les aides d'anatomie et les prosecteurs rentrèrent en activité, après une suspension qui avait duré pendant tout un semestre.

Ce petit coup d'État universitaire avait du moins eu l'avantage de doter la Faculté d'une institution importante. A chaque chaire de professeur fut attachée une place d'agrégé donnée au concours. Les agrégés, alors comme aujourd'hui, devaient remplacer les professeurs absents ou malades, et faire partie du jury des examens; mais ils avaient en outre deux priviléges qui ont été successivement abolis. Seuls ils étaient admis à présenter leur candidature pour les chaires qui devenaient vacantes; seuls ils avaient le droit de se livrer à l'enseignement particulier (1). Gerdy, qui gagnait sa vie en faisant des cours, éprouvait plus que tout autre le besoin de parvenir à l'agrégation. Il serait superflu de dire qu'il n'avait pas été compris sur la liste des vingt-quatre agrégés que l'abbé de Frayssinous avait, pour la première fois, nommés par ordonnance. Mais il espérait bien être vainqueur au premier concours qui devait s'ouvrir au mois de novembre suivant.

Il se prépara donc avec vigueur à ce concours dont l'issue renfermait pour lui une question de vie ou de mort. Il commença par subir à la hâte ses examens, afin de pouvoir soutenir sa thèse en temps opportun. Il prit le diplôme de docteur en chirurgie. Sa thèse inaugurale aurait suffi à elle seule pour montrer l'étendue de ses connaissances, l'originalité et la profondeur de son esprit. Il y avait reproduit en abrégé ses précédents travaux sur la circulation, sur la structure de la langue et

(1) Ordonnance du 2 février 1823. Le premier privilége des agrégés, relatif à l'enseignement particulier, fut aboli à la fin de 1825. Les simples docteurs en médecine furent autorisés à ouvrir des cours comme les agrégés (Sabatier, *loc. cit.*, p. 247). Quant au privilége relatif aux candidatures pour les chaires des professeurs, il ne fut aboli qu'après la révolution de 1830, à la demande même des agrégés, qui en firent spontanément le sacrifice pour obtenir le rétablissement du concours.

du cœur, et il y avait joint des recherches et des discussions sur les sujets les plus variés. C'était d'abord, dans une introduction de dix-huit pages, une classification générale et méthodique de toutes les connaissances humaines; puis un long et important chapitre sur l'anatomie des régions, chapitre où les gaînes fibreuses des muscles étaient décrites pour la première fois; un article très savant sur la classification et la prononciation des lettres dans les diverses langues; une classification nouvelle des maladies et des lésions; enfin une discussion de philosophie médicale où l'auteur, à l'occasion des fièvres essentielles, n'avait pas craint de tenir tête à l'école alors florissante de Broussais. Cette thèse, à la fois médicale et chirurgicale, anatomique et physiologique, philosophique et philologique, révéla tout d'un coup la vaste instruction de Gerdy et l'étonnante diversité de ses aptitudes.

Le nouveau docteur se hâta de se faire inscrire pour le prochain concours de l'agrégation, dans la section d'anatomie et de physiologie. Les compétiteurs furent obligés d'écrire en latin leur composition écrite et leur thèse, mais on leur épargna du moins le ridicule de l'argumentation latine; on avait réservé cette comédie digne de Molière pour le second concours de l'agrégation, qui eut lieu trois ans plus tard. Gerdy y échappa heureusement, car il fut nommé du premier coup. Conformément à l'ordonnance il dut, avant d'entrer en exercice, faire un stage de trois ans; mais son titre d'agrégé lui donnait le droit de continuer son enseignement particulier, et pour le moment cela lui suffisait.

Il reprit donc, au mois de novembre 1824, ses cours, interrompus depuis un an, et, avec une activité presque inexplicable, il enseigna à la fois l'anatomie descriptive, l'anatomie appliquée aux arts, la physiologie, la pathologie externe, la médecine opératoire. Il faisait quelquefois jusqu'à quatre leçons dans un

jour, et trouvait encore le temps de continuer ses recherches.

En 1825, il obtint un nouveau succès tout à fait inattendu. L'Administration des hôpitaux avait mis au concours deux places de chirurgiens du Bureau central. Il fallait avoir trente ans pour se faire inscrire, et Gerdy, âgé seulement de vingt-huit ans, n'y avait pas même songé; mais un compétiteur, aussi jeune et plus prévoyant que lui, fit des démarches si efficaces, que la limite d'âge fut abaissée de trois ans. Le dernier jour de l'inscription était déjà venu, et Gerdy ignorait encore qu'il lui fût permis de concourir. Ce fut Blandin, son rival, qui vint loyalement le lui annoncer. Ils allèrent s'inscrire ensemble et furent nommés tous les deux.

Agrégé et chirurgien des hôpitaux, Gerdy avait parcouru jusqu'au bout la carrière des concours. Tout ce que pouvaient gagner le travail et le talent, il l'avait conquis. Le reste dépendait de la faveur, et il y comptait moins que personne. Le temps n'était plus de ces glorieuses luttes où les places de professeurs se disputaient au concours, où les Vauquelin, les Désormeaux, les Dupuytren, gagnaient vaillamment leurs chaires par la seule force de leur mérite. Cette généreuse institution du concours, créée en 1810 par Napoléon, avait fourni coup sur coup à la Faculté trois de ses professeurs les plus illustres; mais le gouvernement inquiet de la Restauration s'était hâté de détruire l'œuvre du grand empereur. Lorsqu'une place devenait vacante, la Faculté présentait trois candidats, le Conseil académique en présentait trois autres, et, sur cette double liste, le grand-maître de l'Université choisissait. Or, le Conseil était composé de personnages pour la plupart étrangers à la médecine, et la Faculté elle-même, formée d'éléments hétérogènes, n'avait pas toute la compétence désirable, puisque, dans les cas les plus favorables, les deux tiers des votants au moins manquaient des lumières

spéciales qui leur auraient été nécessaires pour apprécier par eux-mêmes le mérite des candidats.

Le talent ne pouvait donc suffire pour obtenir les suffrages. Le succès était pour celui qui avait les amis les plus chauds et les plus puissants protecteurs. Gerdy, exclusivement livré à l'enseignement et à la science, ne se produisait pas dans le monde et ne connaissait aucun des hauts personnages qui exerçaient alors sur toutes les affaires une si grande influence. A la Faculté même, où l'on connaissait pourtant sa valeur, il ne pouvait compter sur aucun appui. Il n'avait ni cette souplesse de caractère, ni cette flexibilité de langage qui gagnent la faveur des hommes, et d'ailleurs l'austérité quelquefois exagérée de ses principes lui faisait considérer toute démarche faite auprès d'un juge comme le premier degré de l'intrigue. Ainsi, il ne savait pas et il ne voulait pas solliciter. Arriverait-il, à force de travail, de mérite et de renommée, à vaincre ces obstacles volontaires? Les succès qu'il obtenait dans son enseignement suffiraient-ils pour lui ouvrir les portes de la Faculté? Il n'y comptait guère, et déjà, interrogeant l'avenir, il se demandait si cet ordre de choses serait immuable, si le concours ne reviendrait pas bientôt. La plupart des agrégés partageaient cette espérance; la Faculté désirait aussi voir renaître une institution qui ne lui avait laissé que de beaux souvenirs. Il n'était donc pas déraisonnable de réclamer un changement que tout le monde attendait. Un jour, Gerdy et trente-six de ses collègues d'agrégation écrivirent à la Faculté pour la prier de demander au Conseil royal le rétablissement du concours. La Faculté, après mûre délibération, appuya vivement la pétition et la transmit à l'autorité universitaire. Un grand ministre, un gouvernement fort, eussent peut-être fait droit à cette demande. Mais le temps des grandes choses était passé ou n'était pas encore revenu. Le

système de l'élection fut maintenu, et la Faculté fut même blâmée de sa complicité (1).

Mais je viens d'anticiper un peu sur les dates, car ceci se passait à la veille de la révolution de 1830. Depuis sa nomination au Bureau central, Gerdy avait continué ses cours et exécuté des travaux importants. Il avait donné, dans le *Bulletin de Férussac*, cinq mémoires sur les aponévroses, sur le parallèle des os, sur la prononciation, sur la vision, sur la déglutition; il avait lu à l'Académie de médecine un travail sur les effets du froid; il avait publié son *Traité des bandages*, ouvrage considérable qui mérita plus tard les honneurs d'une seconde édition; enfin, à l'occasion de la chaire d'hygiène, devenue vacante en 1827 par la mort de Bertin, il avait fait imprimer l'analyse détaillée d'un cours d'hygiène, qu'il avait donné pendant le semestre précédent, et où il avait su attirer un grand concours d'auditeurs. Il y avait longtemps que cette science était en discrédit parmi les élèves; ils avaient perdu l'habitude de suivre le cours officiel de la Faculté. Gerdy avait réussi à vaincre leur répugnance et à leur inspirer le goût d'une étude jusqu'alors négligée par eux. Ce titre, qui en valait bien un autre, le décida à se présenter pour la chaire d'hygiène et à mettre sous les yeux des professeurs, avec le plan de son cours, le résumé de ses immenses recherches sur les questions si diverses qui rentrent dans le domaine de l'hygiène. Mais il eut moins de succès auprès des professeurs qu'auprès des élèves. Il ne fut pas compris sur la liste de présentation, et, quoiqu'il n'eût que cinq compétiteurs, les trois scrutins ne lui donnèrent pas même une seule voix.

Quelques mois après cet échec, l'Administration des hôpitaux créa à la Pitié une place de chirurgien en second. Gerdy, dont

(1) J.-C. Sabatier, *Recherches historiques sur la Faculté de médecine de Paris*. Paris, 1835, in-8.

le tour était venu, fut désigné pour la remplir. C'était en 1828; il n'avait passé que trois ans au Bureau central; mais la carrière chirurgicale n'était pas encombrée alors, et l'on avançait bien plus rapidement qu'aujourd'hui. Il est vrai que les nouveaux arrivés étaient placés sous la dépendance d'un chirurgien en chef dont la domination pouvait devenir exorbitante. Le chef de Gerdy était Lisfranc, qui n'était pas d'humeur à abdiquer sa puissance; Gerdy, de son côté, était peu disposé à flatter son seigneur et maître, pour lequel, d'ailleurs, il n'avait qu'une estime fort douteuse. Ces deux caractères anguleux n'étaient pas faits pour s'entendre. Il ne s'éleva pourtant aucune querelle entre les chirurgiens de la Pitié, mais la froideur de leurs relations était peut-être plus pénible pour eux qu'une rupture ouverte. Lisfranc invitait de temps en temps son subordonné à ouvrir un abcès ou à ponctionner une hydrocèle; il gardait d'ailleurs pour lui toute la grande chirurgie, et Gerdy prit bientôt le parti de ne venir à l'hôpital que le dimanche, parce que, ce jour-là, Lisfranc restait chez lui. Cette situation difficile ne dura pas longtemps.

En 1829, le Conseil général des hôpitaux, éclairé sur les inconvénients de cette organisation féodale, résolut d'améliorer la position des chirurgiens en second, et parut même décidé à abolir complétement les priviléges des chirurgiens en chef. Mais, avant de prendre un parti, il voulut consulter les intéressés. Tous les chirurgiens des hôpitaux furent donc invités à se réunir pour délibérer sur l'opportunité des mesures proposées. La voix solennelle et impérative de Dupuytren domina l'assemblée. Richerand s'écria que si l'on supprimait les chirurgiens en chef, désormais le nom se confondant avec la chose, il n'y aurait plus que des chirurgiens ordinaires. Les jeunes gens, intimidés par la présence de leurs supérieurs, n'osèrent répliquer. Gerdy voulut prendre la parole, mais on ne l'écouta pas, et l'assemblée,

avant de se séparer, décida que, l'ordre des choses étant très bon, il n'y fallait pas toucher.

Mais Gerdy n'eut jamais l'art de se laisser battre en silence; n'ayant pu avoir la parole, il prit la plume, et adressa en son propre nom, au Conseil général, une lettre à la fois ferme et modérée, où une courageuse indépendance se présentait sous la forme d'une exquise urbanité. La lettre fut imprimée, distribuée et reproduite dans les journaux. Dupuytren se reconnut en maint passage et garda rancune au jeune audacieux. Mais le Conseil général goûta les raisons exposées dans la lettre, et abolit les priviléges des chirurgiens en chef. Désormais les chirurgiens en second eurent un service indépendant, où ils furent libres d'agir à leur guise. Une hiérarchie rendue illusoire est bien près de disparaître; deux ans plus tard, le titre de chirurgien en chef fut aboli à son tour.

Peu de temps après la décision du Conseil, M. Cloquet, chirurgien en second à l'hôpital Saint-Louis, fut nommé à l'hôpital Saint-Antoine, et Gerdy, qui avait hâte de quitter Lisfranc, passa à l'hôpital Saint-Louis, où le service chirurgical fut partagé entre Richerand et lui. L'administration, en l'appelant à ce nouveau poste, lui avait imposé la condition de résider à l'hôpital. Il y resta jusqu'en 1839, époque où il fut nommé chirurgien de la Charité, en remplacement de Guerbois.

Devenu chirurgien d'hôpital, Gerdy se disposait à donner à ses travaux une tournure pratique; mais de nouvelles émotions, de nouvelles luttes ne lui en laissèrent pas le loisir. Nous arrivons ici à la page la plus intéressante de sa vie.

Depuis neuf ans, il faisait pour les artistes des cours sur l'anatomie des formes. Personne, jusqu'à lui, n'avait su donner à cet enseignement autant d'attrait et de précision. Il avait compris que, pour former des peintres et des sculpteurs, l'anatomie pure ne suffisait pas, et qu'il fallait y joindre d'une part la descrip-

tion des attitudes, d'une autre part l'examen critique des productions des maîtres. Pour cela il fallait être à la fois anatomiste, physiologiste et artiste. Or, aucune nature peut-être n'était plus antipathique que la sienne à l'étude des arts. Son esprit profond, méditatif, positif, ne connaissait ni les caprices de l'imagination ni les douceurs de la fantaisie. Mais il y avait en lui une faculté qui opprimait toutes les autres : la volonté. Il voulut être artiste, et il le devint. Il vécut dans les ateliers, dans les musées, étudiant chaque statue, chaque tableau, comparant les maîtres et les écoles, notant les beautés d'ensemble et les défauts de détail, admirant ce muscle ou ce relief osseux, critiquant cette main carrée ou cette clavicule oblique. Le nombre des notes qu'il avait recueillies était vraiment prodigieux, et dans ses leçons il en faisait profiter les élèves, plaçant toujours l'exemple à côté du précepte, et s'efforçant par là de faire pénétrer la réalité dans l'art. Ainsi s'explique le succès tout exceptionnel d'un enseignement qu'il avait su rendre si intéressant et si pratique. Les artistes désertaient le cours gratuit et officiel de l'École des beaux-arts pour suivre, aux dépens de leur maigre budget, le cours particulier de Gerdy. Celui-ci, à la demande de ses élèves, rassembla en un faisceau les matériaux immenses qui servaient de base à ses leçons, et publia, en 1829, son *Anatomie des formes extérieures*, ouvrage entièrement original et bien supérieur à tous ceux qui jusqu'ici ont été écrits sur le même sujet.

La chaire d'anatomie de l'École des beaux-arts était alors occupée par Jean-Joseph Sue, dernier représentant d'une illustre famille médicale, dont le nom devait bientôt acquérir, dans la littérature, une plus éclatante célébrité. C'était un vieillard vénérable qui, dans sa jeunesse, avait bien eu son mérite, mais dont l'âge avait depuis longtemps refroidi l'activité. Il mourut vers le mois de mai 1830, et la voix publique désigna aussitôt Gerdy comme son successeur. Celui-ci, pour consolider sa po-

sition, s'empressa de publier, dans le *Journal des artistes*, une série d'articles sur l'anatomie comparée des formes suivant les âges, les sexes, les races, les climats : c'était le complément de son grand ouvrage. Deux anatomistes célèbres, qui s'étaient d'abord mis sur les rangs, se retirèrent lorsqu'ils apprirent que Gerdy était leur compétiteur. La nomination de ce dernier paraissait donc assurée ; mais M. Hersent, professeur à l'École des beaux-arts, avait des vues pour son neveu Émery, et comprit tout d'abord qu'il fallait gagner du temps. Il fut donc décidé que, pour mieux honorer la mémoire du défunt, on laisserait écouler six mois avant d'élire le nouveau professeur. La révolution de 1830, qui survint sur ces entrefaites, faillit déranger ce plan. Gerdy demandait le concours ; mais Émery, qui ne se sentait pas de force, eut recours à la protection de Casimir Périer, dont il était le compatriote et le médecin. L'élection fut donc maintenue ; elle eut lieu deux mois environ après les journées de juillet. Un règlement difficile à justifier exigeait que cette élection fût faite en deux temps. Une première séance était employée à classer les candidats par ordre de mérite ; et huit jours après seulement, on procédait au scrutin définitif. C'était une large porte ouverte à la corruption, car le résultat de la première épreuve permettait sans peine de deviner le vote de chacun ; il devenait facile d'assiéger individuellement les juges les plus faibles, et l'on avait toute une semaine pour les ébranler et les séduire.

L'élection commença le 25 septembre 1830. Au premier tour, Gerdy eut dix voix. C'était la majorité absolue ; il fut placé le premier sur la liste. Émery, qui n'avait eu que six voix, fut le second candidat. Gerdy croyait la partie gagnée : mais Émery et ses protecteurs se remuèrent activement. M. Hersent était aimé de ses collègues et avait sur eux une grande influence ; néanmoins la lutte fut vive, car beaucoup de professeurs étaient

décidés à faire passer les intérêts de l'École avant les considérations personnelles. Le 2 octobre, jour du scrutin définitif, les deux compétiteurs obtinrent chacun neuf suffrages au premier tour. Mais, au second tour, Gerdy perdit une voix qui se porta sur Émery ; celui-ci fut ainsi nommé à une voix de majorité (1).

A cette nouvelle, il y eut parmi les artistes un cri général d'indignation. Le *Journal des artistes* révéla des détails curieux sur les manœuvres qui avaient précédé l'élection, et prétendit que M. Hersent, oncle de l'un des candidats, aurait dû s'abstenir de voter. Tous les élèves de l'École signèrent aussitôt une pétition adressée à M. Guizot, ministre de l'intérieur. Ils demandaient que ce scrutin, entaché de népotisme, fût considéré comme non avenu. Gerdy, de son côté, réclama de nouveau le concours. M. Guizot fut sur le point de faire droit à ces deux demandes. Son secrétaire, Hippolyte Royer-Collard, vint annoncer à Gerdy que le ministre était décidé à casser l'élection et à mettre la place au concours. Mais Casimir Périer intervint encore, et la nomination d'Émery fut ratifiée. Le nouveau professeur ouvrit son cours quelques jours après. Pour la première, pour la dernière fois de sa vie, il eut un nombreux auditoire. Dès qu'il entra dans la salle, il fut accueilli par des sifflets qui le mirent bientôt en fuite. La force armée dut intervenir. On parut croire que ce tumulte était l'œuvre de quelques individus étrangers à l'École ; on décida que désormais on ne serait admis au cours d'anatomie que sur l'exhibition d'une carte personnelle prise au secrétariat. Personne ne se présenta. M. Hersent ayant voulu contraindre un de ses élèves particuliers à retirer sa carte,

(1) Pour les documents relatifs à l'élection d'Émery, voyez le *Journal des artistes*, Paris, 1830, in-8, t. VIII, p. 246, 251, 279, 298, 315 et 333 (numéros depuis le 3 octobre 1830 jusqu'au 7 novembre 1830). Voyez encore Sachaile : *Les médecins de Paris jugés par leurs œuvres* (Paris, 1845, in-8), art. ÉMERY, et *Encyclopédie biographique du XIXe siècle*, 8e catégorie, médecins célèbres, art. GERDY (Paris, 1842, grand in-8).

tous les autres élèves se révoltèrent; l'atelier devint à jamais désert, et ce professeur perdit ainsi sans retour un revenu très considérable. Alors on renonça à la mesure des cartes; on rouvrit sans conditions les portes du cours d'anatomie, mais les jeunes gens persistèrent dans leur abstention. Émery eut d'abord quelques auditeurs officiels, puis il dut s'habituer à ne parler que devant des banquettes vides. Gerdy, occupé d'autres soins, avait suspendu ses cours; l'enseignement de l'anatomie des peintres était perdu pour vingt-cinq ans !

Cependant le nouveau pouvoir issu de la révolution venait de réparer une longue et criante injustice : l'ordonnance illégale du 21 novembre 1822 avait été révoquée; les professeurs nommés arbitrairement par l'ordonnance du 2 février suivant avaient été destitués, et l'on avait réintégré ceux dont ils avaient usurpé la place. Mais parmi ces derniers, bien peu répondirent à l'appel. Plusieurs étaient morts pendant cet ostracisme de huit ans; d'autres, courbés par l'âge, refusèrent de rentrer en activité; trois seulement revinrent s'asseoir parmi leurs collègues, et six chaires à la fois furent déclarées vacantes. Le concours fut en même temps rétabli ; grâce à cette belle institution, la Faculté devait en quelques années s'enrichir de dix jeunes professeurs qui firent sa gloire et sa force.

Le vœu de Gerdy était enfin réalisé, c'était à lui maintenant de se frayer un passage. Le terrain devait être chaudement disputé, car le concours avait enfanté toute une armée de compétiteurs redoutables; mais là où le travail et le talent retrouvaient leurs droits, Gerdy pouvait être sûr de triompher tôt ou tard.

Il songea d'abord à concourir pour la chaire de pathologie externe, vacante par suite de la destitution de Bougon et de la mutation de Roux. Il s'inscrivit même sur la liste des compétiteurs; mais il se fit effacer avant la première épreuve, désirant

concentrer toutes ses forces sur le concours de physiologie qui devait s'ouvrir deux mois plus tard. Aussi bien, la physiologie était la science qu'il préférait et celle qu'il avait le plus longtemps enseignée. C'était cette chaire qui convenait le mieux à ses aptitudes. Pour ajouter de nouveaux titres à ceux qu'il possédait déjà, il se hâta de publier la première partie d'un *Traité de physiologie* qui n'a malheureusement pas été achevé. Ce premier fascicule, entièrement consacré aux généralités de la science, à l'étude des méthodes et des doctrines, à la classification des fonctions et des propriétés vitales, et à l'histoire générale du genre humain, était précédé d'une préface importante où l'auteur, en exposant le plan de l'ouvrage, présentait le résumé de ses découvertes sur une foule de questions de physiologie spéciale. On a accusé l'institution du concours de mettre un obstacle aux recherches originales, en concentrant toutes les facultés des compétiteurs sur la préparation des épreuves. La vie de Gerdy est là tout entière pour réfuter cette assertion; ce fut précisément l'aiguillon du concours qui lui fit entreprendre ses publications les plus importantes.

Le concours de physiologie commença le 30 avril 1831. Quatorze compétiteurs étaient inscrits, mais douze seulement combattirent jusqu'à la fin. Dès le premier jour, et avant l'ouverture des épreuves, Gerdy récusa Émery que l'Académie avait mis au nombre des juges. Émery se retira aussitôt; il eût mieux fait de ne point venir. Cette récusation fit une mauvaise impression sur le jury, quoique le candidat n'eût fait qu'user d'un droit inscrit dans le règlement du concours. Dupuytren surtout, qui n'avait pas oublié la lettre de Gerdy contre les chirurgiens en chef, se montra très scandalisé. C'était un mauvais présage, car Dupuytren, entré le dernier dans le jury et d'une façon quelque peu irrégulière, avait néanmoins été nommé président et était considéré à juste titre comme le personnage le plus influent du

concours. Gerdy fit deux leçons remarquables où il révéla un talent de professeur tout à fait hors ligne ; mais il avait affaire à forte partie. Plusieurs autres compétiteurs se montrèrent avec éclat. Les épreuves furent tellement brillantes qu'à deux reprises différentes le jury en témoigna publiquement sa satisfaction par la voix de son président. Ce concours est certainement un de ceux qui ont fait le plus d'honneur à la Faculté. Au premier tour de scrutin, sur onze votants Gerdy, eut trois voix comme M. Bérard, mais au second tour il n'en eut que deux et se trouva ainsi écarté du ballottage. Ce fut M. Bouillaud qui eut l'honneur d'être mis en balance avec M. Bérard, et celui-ci fut élu à une voix de majorité.

Cet échec, auquel pouvait s'attendre un homme qui avait beaucoup d'ennemis sans avoir un seul protecteur, avait eu du moins l'avantage de manifester au grand jour les éminentes qualités de Gerdy et son immense instruction. C'est peut-être la plus grande utilité du concours, qu'il profite même à ceux qui ne sont pas nommés, en leur fournissant l'occasion de se faire connaître et de s'élever dans l'opinion publique. Dès ce jour la place de Gerdy fut marquée à la Faculté ; toutefois sa nomination, subordonnée à l'éventualité des vacances ultérieures, pouvait encore se faire attendre longtemps. Prévoyant bien que le concours de physiologie ne reviendrait pas de sitôt, il se prépara à disputer les chaires chirurgicales, mais auparavant il voulut terminer sa grande *Physiologie*, dont les matériaux étaient depuis longtemps rassemblés. Malheureusement la maladie vint encore l'entraver. Depuis plusieurs années il était tourmenté par de fréquentes migraines, qui, chaque fois, le forçaient à suspendre pendant deux ou trois jours tout travail intellectuel. Pour atténuer un mal qui paralysait ses efforts, il avait été obligé de s'astreindre à un régime sévère ; il ne buvait plus de vin, son alimentation était presque exclusivement végétale, et il ne man-

geait jamais assez pour satisfaire son appétit. Ces privations volontaires avaient épuisé ses forces; il maigrissait, il déclinait lentement. Bientôt il éprouva du côté de la poitrine quelques symptômes inquiétants qu'il attribua à une hypertrophie du cœur; erreur funeste qui le conduisit à exagérer encore la sévérité de son régime. Son cœur n'était nullement hypertrophié (l'autopsie l'a prouvé d'ailleurs), et ce qui le faisait souffrir c'était le début de la phthisie tuberculeuse qui devait vingt-cinq ans plus tard le conduire au tombeau. Dans l'hiver de 1831 à 1832, par suite peut-être des fatigues du dernier concours, son mal s'aggrava beaucoup; il dut renoncer à l'enseignement particulier, négliger son service d'hôpital, et abandonner toute espèce de travail.

L'arrivée du choléra l'arracha à cet utile repos. Nous avons vu depuis quelques années des épidémies bien meurtrières, mais aucune n'a été aussi épouvantable par sa rapidité que celle de 1832. Gerdy, qui avait tant besoin de se soigner lui-même, oublia ses propres souffrances pour soulager celles des autres. Logé à l'hôpital Saint-Louis où les cholériques arrivaient par centaines, il passait dans les salles jusqu'à six heures par jour. A cinq reprises différentes il reçut des avertissements prodromiques qui ne l'arrêtèrent pas. L'épidémie fut courte, mais au moment où elle s'apaisait à Paris, Gerdy apprit qu'elle sévissait avec fureur sur son département. Il vola au secours de ses compatriotes. Pendant huit jours, sans désemparer, il courut de village en village; le neuvième il fut cruellement frappé à son tour. Il flotta pendant deux mois entre la vie et la mort; il ne se releva que lentement, et ce fut seulement le 15 octobre 1832, après une absence de cinq mois, qu'il put revenir à Paris (1).

Il s'occupa aussitôt d'achever le premier volume de sa *Phy-*

(1) Voir l'introduction de la deuxième partie de la *Physiologie médicale* de Gerdy. Paris, 1833, in-8.

siologie, qui parut au commencement de 1833. Les volumes suivants étaient déjà préparés. Mais Antoine Dubois donna sa démission et devint professeur honoraire ; M. Jules Cloquet lui succéda dans sa chaire de clinique chirurgicale : la chaire de pathologie externe devint vacante par suite de cette mutation, et le concours fut annoncé pour le mois de juillet 1833.

Gerdy, dont la santé était encore chancelante, hésitait à s'engager dans cette nouvelle lutte. On disait déjà qu'il n'avait plus que quelques mois à vivre ; le bruit qui lui en revint le décida à concourir. Il alla s'inscrire pour prouver qu'il n'était pas encore mort.

Sa présence dans le concours n'inspirait d'abord que peu d'inquiétudes à ses compétiteurs, qui croyaient venir aisément à bout de ce physiologiste valétudinaire. Mais le physiologiste déploya les connaissances chirurgicales les plus fortes, et l'argumentation des thèses, qu'on venait de rétablir, montra que le valétudinaire était encore un rude jouteur. Gerdy grandissait à chaque épreuve, s'inquiétant peu, du reste d'une nomination sur laquelle il ne comptait pas. Un journal avait pris sa défense, mais les autres organes de la presse lui étaient hostiles. Il n'avait aucun appui dans le jury ; plusieurs juges lui étaient complétement inconnus ; d'autres avaient des sympathies bien légitimes pour des candidats qui s'appelaient Blandin, Sanson et Velpeau. Il n'avait vu personne, et ne se croyait aucune chance. Un jour pourtant quelqu'un vint lui dire que Fouquier, l'un de ses juges, demandait à le voir. Il y alla : c'était sa première visite, quoique le concours fût déjà presque terminé. « Vous avez tort, lui dit » Fouquier, de vous croire impossible ; trois de mes collègues » sont comme moi décidés à voter pour vous ; M. Dupuytren » lui-même n'en est pas éloigné. Vous feriez bien d'aller le voir. » Gerdy se demanda d'abord s'il rêvait. Le concours de physiologie, sur lequel il avait à tant d'égards le droit de compter,

l'avait trahi : allait-il triompher dans ce concours de chirurgie, où il était entré sans aucune espérance? Il n'y pouvait croire. Quatre voix, c'était beaucoup assurément ; mais il en fallait trois autres. Dupuytren, jusqu'alors son ennemi, Dupuytren qui l'avait fait échouer naguère, allait-il donc maintenant voter pour lui? Cette générosité improbable cachait certainement quelque projet mystérieux. Un piége peut-être, un pont sous lequel on voulait le faire passer?... Il n'alla pas voir Dupuytren.

Cette fois, Gerdy se trompait : il y avait bien un complot, mais ce n'était pas contre lui. L'intrigue, qui jusqu'alors avait entravé sa marche, devait cette fois, à son insu, lui rendre un service immense. Cette histoire renferme certains détails que je ne dois pas, que je ne veux pas raconter; je ne puis me dispenser cependant d'en donner une idée sommaire, parce qu'elle fournit un exemple instructif, dont le souvenir ne doit pas être perdu.

Pendant les dernières années de la restauration, Dupuytren avait exercé à la Faculté une influence voisine de la domination. La haute position qu'il occupait à la cour de Charles X n'y avait pas peu contribué. On le croyait tout-puissant, et cela suffisait pour que beaucoup de ces collègues fussent disposés à s'incliner devant lui. La révolution de 1830 le dépouilla d'abord de ce prestige; puis on destitua plusieurs des professeurs qui lui étaient dévoués, et ceux qui les remplacèrent, nommés au concours, jeunes d'ailleurs et ne devant leur position qu'à eux-mêmes, ne s'empressèrent pas de se ranger sous sa bannière. Il sentait que peu à peu le vide se faisait autour de lui. Un autre parti s'était formé. Le gouvernement de juillet avait voulu faire une réparation éclatante, en confiant le décanat à Antoine Dubois, l'un des professeurs destitués en 1822; mais celui-ci s'était hâté de remettre le pouvoir entre des mains plus jeunes, et le ministre, à sa demande, lui avait donné Orfila pour successeur. Le nouveau doyen était alors dans toute la force de son

talent : son activité peu commune, sa rare connaissance des hommes et des choses, sa renommée déjà grande, sa popularité plus grande encore, le rendaient propre, plus que tout autre, à devenir le chef d'un parti puissant. Dupuytren ne voyait pas sans douleur grandir ce rival dont l'influence éclipsait la sienne ; mais il n'abandonnait pas la partie. C'était surtout dans les concours, si fréquents à cette époque, qu'il se trouvait aux prises avec son adversaire, et là chacun d'eux cherchait à faire pencher la balance pour attirer à soi le nouvel élu.

Or, le concours de pathologie externe, où Gerdy était engagé et où Dupuytren siégeait parmi les juges à côté d'Orfila, devait être suivi d'un autre concours pour la chaire de clinique d'accouchements, laissée vacante par la destitution de Deneux. Il était permis de prévoir que cette dernière chaire serait chaudement disputée entre MM. Paul Dubois et Velpeau. Chacun d'eux, en l'absence de l'autre, eût infailliblement triomphé ; mais s'ils devaient combattre entre eux, le résultat de la lutte paraissait incertain. Les amis de M. Paul Dubois désiraient donc vivement que M. Velpeau ne parût pas dans le concours d'accouchements, et dès lors ils faisaient des vœux pour que ce compétiteur redoutable fût nommé dans le concours de chirurgie. Dupuytren, par un sentiment tout contraire, cherchait à le faire échouer pour l'opposer plus tard à M. Paul Dubois. Cette considération le décida à appuyer la candidature de Gerdy, qui, soutenu par quatre juges, paraissait propre, plus que tout autre, à servir ses projets ; Gerdy, d'ailleurs, était brouillé avec Orfila depuis le concours de physiologie, et si lui, Dupuytren, le faisait parvenir au professorat, n'avait-il pas lieu d'espérer que le nouveau professeur, dont l'énergie était bien connue, le seconderait dans la lutte d'influence qu'il soutenait contre le doyen ? Tels furent les motifs qui décidèrent Dupuytren à oublier sa rancune passée et à se rallier aux juges qui voulaient nommer Gerdy : quoique

celui-ci eût conservé envers lui son inflexible réserve, il lui donna sa voix, et s'occupa même de lui en procurer d'autres. Cette savante manœuvre fut, pour le moment, couronnée de succès. M. Velpeau, qui, au premier tour de scrutin, avait obtenu quatre suffrages, fut éliminé au troisième tour; le ballottage définitif eut lieu entre Blandin et Gerdy; celui-ci eut sept voix sur douze, et fut proclamé professeur de pathologie externe le 17 août 1833. Il avait trente-six ans, et c'était le douzième concours qu'il subissait.

Cette nomination fut accueillie avec enthousiasme par les élèves, mais elle était trop inattendue, et avait froissé trop d'intérêts, pour être acceptée sans récriminations. Tout le monde était surpris, et Gerdy plus que tout le monde, car il ne comptait que sur quatre voix et se demandait par quel mécanisme il avait obtenu les autres. Il ne tarda pas à pénétrer les projets de Dupuytren, mais seize ans devaient s'écouler encore avant qu'une confidence de Roux lui révélât tous les détails de cette histoire.

Le dénoûment imprévu du scrutin ouvrit un large champ aux interprétations et aux conjectures. Personne n'accusait Gerdy d'avoir agi ou fait agir sur les juges, mais on se demandait par quelle sorte de hasard les voix s'étaient concentrées sur celui de tous les candidats qui avait dans le jury le moins de sympathies. On prétendait que les juges l'avaient nommé sans le savoir, sans le vouloir; un journal appelait cette journée, *la journée des dupes*, et les ennemis du concours en profitaient pour répandre que ce mode de nomination ne mettait pas à l'abri des intrigues. Jamais pourtant le concours n'avait eu un triomphe plus éclatant; car en définitive, dans quatre tours de scrutin, les voix ne s'étaient portées que sur des hommes hors ligne, qui tous, sans aucune exception, étaient appelés à devenir bientôt des professeurs éminents. Les juges pouvaient hésiter entre eux, mais ils ne pou-

vaient pas s'égarer, avantage immense qu'on eût cherché vainement ailleurs. Quant à Gerdy, il est hors de doute qu'il avait été servi par les circonstances, mais il le devait avant tout à la force de ses épreuves, qui, en groupant autour de lui quatre juges inébranlables, l'avait soustrait aux hasards de l'élimination, et l'avait conduit au ballottage, où il devait triompher. Telle fut cette prétendue journée des dupes. Peut-être cependant est-il bon d'ajouter que Dupuytren fut dupe de sa propre combinaison, puisque l'année suivante il ne put empêcher M. Paul Dubois de gagner au concours la chaire de clinique d'accouchements. Ses projets, par conséquent, avaient complétement échoué. Gerdy, de son côté, ne conserva aucune reconnaissance pour ce protecteur tardif, qui ne l'avait servi que pour desservir les autres, et il se tint envers lui dans une réserve tellement froide, que Dupuytren dut renoncer à s'en faire un ami.

Le nouveau professeur de pathologie externe négligea pendant quelques années les recherches physiologiques, pour concentrer toutes ses forces sur l'enseignement dont il était chargé. Indépendamment des leçons théoriques qu'il faisait à la Faculté, il ouvrit à l'hôpital Saint-Louis une clinique où, malgré la distance, il attira un grand nombre d'élèves. Dès le mois de décembre 1833, il fit publier par son frère, M. Vulfranc Gerdy, qui était déjà interne, un mémoire extrêmement important sur la déclivité et sur l'élévation, considérées dans leurs rapports avec la production et le traitement des maladies. Bientôt un autre interne, M. Beaugrand, aujourd'hui bibliothécaire de la Faculté, commença à publier, dans les *Archives générales* les principales leçons cliniques de Gerdy. Celui-ci s'occupait activement de son service d'hôpital, et ses efforts ne restèrent pas stériles. C'est à cette époque que remontent ses travaux sur les hernies adinguinales, sur les fractures de la clavicule et du col du fémur, sur les luxations de la hanche, sur la trachéotomie,

sur le traitement de la fistule lacrymale par la rhinotomie, et sur la grande méthode de l'invagination pour la cure radicale des hernies.

C'est à cette époque encore (1835-1836) que parurent ses deux célèbres mémoires : *Sur la structure des os*, et *Sur l'état anatomique des os malades*. Il serait superflu, sans doute, de signaler ici la haute influence que ce dernier travail a exercée sur les progrès de la chirurgie : à lui seul il eût suffi pour édifier la renommée d'un savant.

Malgré ces fatigantes recherches, malgré le double fardeau de l'enseignement théorique et de l'enseignement clinique, malgré le mauvais état de sa santé générale et le retour fréquent de sa migraine obstinée, Gerdy trouvait encore le temps d'écrire de nombreux articles pour les journaux et pour le *Dictionnaire* en 30 volumes. En 1837, il refondit son *Traité des bandages*, qui fut suivi, en 1839, d'un second volume intitulé : *Traité des pansements*. Cet ouvrage, sous un titre modeste, embrassait, en réalité, la plus grande partie de la thérapeutique chirurgicale.

Tant de travaux utiles lui avaient ouvert, en 1837, les portes de l'Académie de médecine, où l'attendaient des succès d'un autre genre. La profondeur de ses vastes connaissances, la vigueur de son langage, l'énergie passionnée de ses convictions, lui donnaient dans la discussion une puissance peu commune. Puis il aimait la lutte, qui avait été l'occupation constante de sa jeunesse, qui était devenue comme son élément, et, pour un athlète comme lui, quel plus beau champ de bataille que la tribune académique? Il n'avait ni la douceur qui plaît, ni l'adresse qui séduit, mais la rude éloquence qui frappe. Il n'ignorait pourtant pas les formes oratoires ; nul mieux que lui ne savait, au besoin, tourner un exorde ; mais dès qu'il arrivait au cœur de la question, il s'animait, se passionnait, parfois même il s'élançait au delà des limites de la prudence. Alors l'ivresse

de la tribune lui faisait oublier certaines conventions que les esprits timides appellent des convenances ; l'auditoire disparaissait : Gerdy ne voyait plus que son adversaire, le prenait corps à corps, et, étreignant à la fois l'homme et sa doctrine, il donnait quelquefois à la lutte une tournure personnelle. Aussi les tournois académiques, en augmentant le nombre de ses admirateurs, diminuèrent-ils le nombre de ses amis. Bientôt ses nouveaux collègues durent le considérer comme un de leurs premiers orateurs. Il prit part à tous les débats importants, et le talent qu'il y montra contribua beaucoup à la gloire de l'Académie. Il brilla spécialement dans les discussions qui eurent lieu sur le système nerveux, sur le somnambulisme, sur la ténotomie, sur l'ophthalmologie, enfin et surtout dans la discussion sur l'arsenic. Il déploya, dans cette dernière circonstance, un courage antique, une persévérance opiniâtre et une prodigieuse habileté. Seul contre tous, et combattant sur un terrain nouveau pour lui, devant un auditoire aussi prévenu en faveur de son tout-puissant adversaire que peu disposé à écouter un chirurgien dissertant sur la chimie, il vint à bout de tous les obstacles, et, après sept séances orageuses, il réussit à faire modifier *toutes* les conclusions de la Commission.

Quelle incroyable volonté, quelle facilité merveilleuse ne lui avait-il pas fallu pour apprendre en quelques semaines la chimie qu'il avait oubliée depuis vingt ans, et la toxicologie, science toute nouvelle qu'il n'avait jamais étudiée, — pour tenir tête à tous les chimistes de l'Académie, et pour vaincre Orfila lui-même, le créateur de la science des poisons ! Quel mobile avait pu lui inspirer cet effort presque surhumain ? On a dit que c'était sa haine contre Orfila. Ce sentiment en effet vivait depuis longtemps dans son cœur et ne fut certainement pas sans influence sur la violence de la discussion ; mais ce fut un sentiment d'une tout autre nature qui poussa Gerdy à la tribune. Il y monta pour prendre

la défense d'un ami absent, dont les travaux, déjà approuvés par l'Institut, venaient d'être l'objet d'un rapport très défavorable à l'Académie de médecine. Personne ne prenant la parole contre les conclusions de ce rapport, Gerdy demanda à être entendu, et, dans un discours fort académique, il s'efforça de prouver que les travaux de MM. Danger et Flandin méritaient plus d'égards. Ce fut seulement dans les séances suivantes que la discussion s'anima, et que le débat prit un caractère de personnalité entre Orfila et Gerdy.

Il y avait longtemps déjà que ces deux hommes étaient aux prises, et plus longtemps encore qu'ils se connaissaient. Orfila, plus âgé de dix ans, faisait déjà partie de la Faculté lorsque Gerdy termina ses études, et il y avait alors une certaine liaison entre le jeune docteur et le jeune professeur. Mais deux hommes d'une nature aussi opposée ne pouvaient contracter une amitié durable. Doués l'un et l'autre d'une volonté de fer, d'une rare intelligence, d'un caractère audacieux et passionné, ils étaient tous deux capables de grandes choses; mais pour atteindre leur but ils suivaient des chemins différents. Orfila aimait le bruit, l'éclat, les succès de salon ; Gerdy méprisait les vanités du monde et s'ensevelissait dans la retraite. L'un était remuant, expansif, ingénieux à trouver des protecteurs, habile à se faire des amis ; l'autre était froid, concentré, et, loin de chercher la faveur, il mettait son orgueil à s'en passer. Le premier, aussi complaisant pour les autres que pour lui-même, acceptait les hommes avec leurs faiblesses, se les attachait par des services, et étendait au loin les ramifications de son crédit ; entier dans ses affections comme dans ses haines, les intérêts de ses alliés lui devenaient aussi chers que les siens propres : il y employait tout son zèle, tournait adroitement les obstacles, et marchait à son but sans scrupule, pourvu qu'il servît l'amitié. Le second, moraliste sévère, à la conscience rigide, aux principes inexorables, aussi

jaloux de ses droits que dévoué à ses devoirs, ne connaissait l'indulgence ni pour lui ni pour les autres ; l'ambition ne lui était pas étrangère, mais elle ne le faisait jamais dévier du droit chemin, et quiconque suivait une autre marche était pour toujours rayé de ses affections. Cet homme du monde et ce philosophe, ce diplomate habile et ce rude censeur ne pouvaient rester longtemps unis. Insensiblement leurs relations se refroidirent, puis vint l'indifférence et bientôt la haine.

Le concours de physiologie fut l'occasion de leur rupture. Orfila, nommé doyen pendant la durée de ce concours où il siégeait parmi les juges, travailla contre Gerdy, lui enleva une voix et réussit à l'écarter du ballottage. A partir de ce jour la guerre fut déclarée. Deux ans après, Gerdy, nommé professeur à son tour, se trouva face à face dans le conseil de la Faculté avec son brillant adversaire. Celui-ci était alors tout-puissant. La faveur du roi lui était acquise; plusieurs ministres étaient ses amis. A la Faculté, à l'Académie, à l'Administration des hôpitaux, au Conseil royal de l'instruction publique, dans les nominations, les élections, les concours, dans la distribution des honneurs et des récompenses, partout le doyen était présent, partout pesait son influence sans égale. Ceux qui faisaient appel à sa protection étaient ordinairement bien reçus, mais son caractère dominateur ne pouvait souffrir la résistance. Gerdy s'indignait de voir que tout pliait devant un seul homme, et il mettait à le critiquer et à le combattre la même ardeur que d'autres mettaient à le soutenir et à l'admirer. Toutes les fois que le doyen prenait une mesure contestable, l'inflexible Gerdy se dressait devant lui avec sévérité, et alors commençait une lutte passionnée où l'un avait l'avantage de la puissance et de l'adresse, l'autre celui de l'austérité et de la conviction. Plus d'une fois Gerdy fit échouer les projets d'Orfila, plus d'une fois dans le conseil de l'École il lui enleva la majorité. Il lui arracha ainsi la

nomination de Dezeimeris à la place de bibliothécaire en chef, et celle de Pigné, neveu de Dupuytren, à la place de conservateur du Musée. Certes il n'était pas infaillible, et il put lui arriver de se tromper sur la signification et la portée de certains actes ; mais ce qu'on peut affirmer, c'est qu'il était toujours de bonne foi. Orfila, quoique ne manquant ni de sang-froid ni de courage, craignait cet antagoniste sombre, implacable, qui surveillait toutes ses actions d'un œil soupçonneux et les interprétait toujours dans le sens le plus défavorable. Au point où les choses en étaient arrivées il ne pouvait songer à s'en faire un ami, mais il chercha du moins à le désarmer en lui rendant service.

Gerdy avait quarante-deux ans : il appartenait depuis deux ans à l'Académie, il y avait six ans qu'il était professeur, quatorze ans qu'il était chirurgien des hôpitaux, nul n'avait fait plus que lui pour la science et l'enseignement, il jouissait d'une renommée européenne, — et pourtant, dans une profession où l'on compte à Paris plus d'un homme décoré sur quatre, il n'avait pas encore reçu la croix. Il paraît qu'alors le mérite et les services rendus ne suffisaient pas toujours pour donner droit à cette distinction ; il était à peu près nécessaire d'en faire la demande, et de se faire appuyer par quelque personnage influent. Donc Gerdy n'était pas décoré, mais il n'avait rien perdu pour attendre. Il lui était réservé, par une bizarrerie singulière, de recevoir deux fois cet insigne, qu'il n'avait pas voulu solliciter. Le mardi qui suivit la fête du 1er mai 1839, Orfila lui remit, à l'Académie de médecine, une lettre qui lui annonçait sa nomination dans l'ordre de la Légion d'honneur. « Je vous avoue, » dit Gerdy, que vous me mettez dans un grand embarras. — Et » pourquoi? répliqua le doyen. — Pour des raisons, monsieur, » qui me sont particulières; ne craignez pas, toutefois, que je » refuse la croix ou que je fasse le moindre scandale. J'accepte

» donc, et je réfléchirai sur ce que je dois faire ultérieurement. »

Ils se séparèrent; Gerdy, pour conserver toute son indépendance, ne porta pas la croix qu'il devait à son ennemi, et le secret fut si bien gardé de part et d'autre, que les intimes eux-mêmes n'en surent rien.

L'année suivante, à l'occasion de la fête du 1er mai, le ministre de l'instruction publique, accablé de demandes, — il y en avait environ quatre cents, — et n'ayant qu'un petit nombre de croix à distribuer, pria M. Andral, son médecin et son ami, de l'éclairer dans ses choix. M. Andral crut devoir lui faire remarquer que tous les professeurs de la Faculté étaient membres de la Légion d'honneur, à l'exception de Gerdy, l'un des plus méritants. Le ministre s'empressa de réparer cet oubli; Gerdy, décoré pour la seconde fois, se décida à porter un ruban dont l'origine n'engageait plus son indépendance, et continua comme auparavant sa lutte contre Orfila (1).

Au milieu de tant d'orages, Gerdy exécutait de nouveaux travaux de chirurgie et reprenait ses recherches de physiologie, interrompues depuis plusieurs années. Il lisait à l'Académie une foule de rapports et de mémoires, parmi lesquels il faut citer ceux qui sont relatifs aux luxations congéniales, au somnambulisme, à la rétraction des tissus albuginés; il publiait dans plusieurs journaux de nombreux articles sur l'ostéite, sur les tumeurs blanches, sur le trichiasis, sur les luxations de l'épaule, sur la réduction des luxations des phalanges par la méthode du glissement, etc. Enfin, il donnait dans le journal *l'Expérience* une dizaine de mémoires sur la vision, sur le tact, sur la voix, sur la perception sensoriale. En 1846 parut sa *Physiologie philosophique des sensations et de l'intelligence*, ouvrage extrêmement

(1) Les détails relatifs à la double nomination de Gerdy dans l'ordre de la Légion d'honneur ont été publiés dans le numéro du 12 mai 1842 du journal *l'Expérience*, t. IX, p. 303.

remarquable, qui pourtant eut peu de succès. Placé sur les limites de la physiologie et de la psychologie, trop physiologique pour les philosophes, trop psychologique pour les médecins, trop sérieux enfin pour les gens du monde, ce livre n'était accessible qu'à un petit nombre de lecteurs, et passa inaperçu de la foule. C'est là cependant que se trouve consignée la doctrine de Gerdy sur la multiplicité des sens, doctrine féconde, à laquelle la pathologie est venue donner une éclatante confirmation. La seconde moitié de l'ouvrage, consacrée à l'étude de l'intelligence, renferme tout un traité de psychologie, conçu sur un plan entièrement original, basé sur des analyses nouvelles, sur des observations directes et sur l'étude des facultés intellectuelles aux divers âges. On y remarque surtout deux chapitres fort curieux sur le développement de l'intelligence. L'auteur, considérant la psychologie comme une branche de la physiologie, étudie les fonctions du cerveau comme il a étudié celles des autres organes, en se servant de la même méthode d'observation, des mêmes procédés d'analyse.

Pour exécuter des travaux si vastes et si divers, pour faire face à tant de publications, Gerdy n'avait qu'une santé de plus en plus débile, qui le trahissait souvent et qui l'obligeait sans cesse à retourner dans son pays. Là il revoyait ses vieux camarades de collége, qui, justement fiers des succès de leur ancien condisciple, et pleins de confiance dans ses talents et dans sa probité, lui proposèrent, en 1842, de le porter comme candidat à la députation dans l'arrondissement de Bar-sur-Seine. C'était l'époque où l'on étudiait le tracé des lignes ferrées qui devaient bientôt sillonner la France, et le département de l'Aube, peu favorisé par les projets des diverses compagnies, éprouvait le besoin de se faire représenter par des hommes capables de sauvegarder ses intérêts. Gerdy, avec cette merveilleuse facilité de conception qui lui rendait toutes choses possibles, se mit à étu-

dier les nombreuses questions de géographie, d'industrie, de statistique, d'architecture, de finances, que soulevait l'établissement des chemins de fer. Le voilà, comme un ingénieur, mesurant les distances, calculant les pentes, évaluant le nombre et le prix des ponts, des viaducs, des tunnels et des tranchées. Il publia à cette occasion deux mémoires qui furent remarqués. Mais les chances de l'urne ne lui furent pas favorables. On avait ébranlé sa candidature en le représentant comme un républicain dangereux pour la société. Cette assertion était pourtant inexacte. Gerdy, au point de vue philosophique, considérait la république comme le plus parfait des gouvernements; mais, dans l'espèce, il estimait que notre société n'était ni assez éclairée ni assez vertueuse pour réaliser cet idéal (1). Le suffrage universel n'avait pas ses sympathies ; il craignait les égarements de la foule, et, en matière de réforme électorale, il se bornait à demander l'adjonction des capacités (2). « Je veux conserver, » avait-il dit à ses électeurs, la Charte de 1830, parce que, si les » révolutions engendrent quelquefois la liberté, elles enfantent » plus souvent encore le despotisme et la tyrannie (3). » Il ne manquait, par conséquent, ni de modération, ni de prudence, et c'était bien à tort qu'on l'avait dépeint comme un agitateur.

Mais lorsque cette révolution dont il craignait les suites fut venue, lorsque la monarchie eut sombré dans la tempête de Février, il se rallia sans hésiter à la forme républicaine. Le département de l'Aube l'envoya à l'Assemblée constituante, où il s'assit parmi les membres de la gauche, à côté de ses amis Dezeimeris et Bixio; il n'avait alors que cinquante et un ans, mais il était vieux avant l'âge : trente ans de lutte l'avaient usé; sa

(1) *Discours prononcé le* 9 *juillet* 1842 *devant les électeurs de Bar-sur-Seine.* Troyes, 1842, broch. in-8, p. 6.

(2) *Id.*, p. 14.

(3) *Profession de foi politique du docteur Gerdy.* Troyes, 1842, broch. in-8, p. 2.

santé chancelait de plus en plus, il avait déjà eu plusieurs hémoptysies, il toussait presque continuellement. Il n'avait donc plus la vigueur nécessaire pour prendre une part active aux discussions politiques. Sa voix, d'ailleurs, était trop voilée pour dominer le tumulte d'une grande assemblée. Il ne monta à la tribune qu'une seule fois et ne put réussir à se faire entendre. Mais il reprenait ses avantages dans les réunions des bureaux, et ses collègues le désignaient souvent pour faire partie des commissions chargées de préparer les lois. Il entreprit alors une œuvre importante. Convaincu que la corruption sociale avait sa principale cause dans les intrigues et les manœuvres de la médiocrité ambitieuse, il voulait que toutes les fonctions administratives fussent confiées au vrai mérite, et pour cela il demandait qu'elles fussent données au concours. Il réussit à faire partager ses vues par une commission spéciale nommée à ce sujet. Le projet de loi était déjà rédigé, et tout permettait de croire que le principe du concours allait être adopté par les représentants de la France, lorsque les événements politiques hâtèrent le départ de l'Assemblée constituante.

Gerdy ne se présenta pas aux élections pour l'Assemblée législative ; toujours de plus en plus malade, il trouva encore la force de reprendre son enseignement, son service d'hôpital et ses travaux interrompus depuis un an. Ce fut alors qu'il forma le vaste projet de publier un traité complet de chirurgie, et à peu près à la même époque il vint s'asseoir parmi nous en qualité de membre honoraire. Il prit part à plusieurs de nos discussions, et nous fit plusieurs communications intéressantes, notamment sur la cure radicale des hernies, sur les divers modes de l'ostéite et sur la carie dure. Il montait encore de temps en temps à la tribune de l'Académie; il se fit ainsi entendre dans plusieurs discussions sur la syphilis, sur la surdi-mutité, sur le cancer, sur le vitalisme; mais ce n'était déjà plus que l'ombre

de lui-même. Il avait perdu cette verve chaleureuse, ce langage puissant et imagé, cette logique entraînante qui naguère lui donnait rang parmi les grands orateurs. Son enseignement à la Faculté le fatiguait beaucoup; plusieurs fois il fut obligé de l'interrompre et de prendre un suppléant. Puis il fut contraint de renoncer à son service d'hôpital. La moindre transpiration, le moindre refroidissement, faisaient sur son organisation délabrée l'impression la plus fâcheuse. C'était en vain qu'il accumulait vêtement sur vêtement, et qu'il portait un manteau jusque dans le cœur de l'été. Il s'enrhumait sans cesse, et était souvent obligé de passer des mois entiers dans sa chambre, où sa migraine le persécutait encore. Chaque année, nous le tourmentions pour lui faire quitter le climat inclément de Paris. Quoique sa phthisie pulmonaire eût fait de sensibles progrès, il aurait pu sans doute, en séjournant dans le Midi, au moins pendant l'hiver, enrayer les progrès de sa maladie et prolonger sa vie de quelques années. Mais l'infatigable travailleur ne voulait pas abandonner ses recherches, et plus il sentait la vie lui échapper, plus il se hâtait d'exécuter la tâche immense qu'il avait entreprise. Il donna ainsi en quatre ans trois volumes de son *Traité de chirurgie*, formant ensemble plus de 2000 pages compactes. Il prévoyait sans doute que la mort le saisirait à l'œuvre, car il eut soin de distribuer les matières de telle sorte que chaque volume pris à part pût former un ouvrage complet. Cette publication, qui devait se composer de sept monographies, en est restée à la quatrième. Les trois monographies qui ont paru renferment heureusement toute la chirurgie générale. C'est là qu'il faut étudier les idées de Gerdy sur les influences morbides, sur les effets du froid, des efforts, de la déclivité, sur la rétraction inflammatoire, sur les tumeurs érectiles, les anévrysmes, les plaies par armes à feu; enfin, sa troisième monographie, renfermant toute sa doctrine sur les maladies des os et des articu-

lations, doit être considérée comme une de ses œuvres les plus importantes.

Cependant la mort de nos deux collègues, les professeurs Lallemand et Roux, avait laissé deux fauteuils vacants à l'Académie des sciences, dans la section de médecine et de chirurgie. Gerdy, qui déjà à deux reprises, en 1843 et 1845, avait eu des chances sérieuses et obtenu jusqu'à dix suffrages, se mit encore sur les rangs, et bien peu de candidats sans doute se présentaient avec une pareille masse de travaux. Mais on le savait atteint d'une maladie mortelle, il ne sortait plus que de loin en loin, il n'avait pas d'amis et sa candidature n'eut aucun succès.

Il conserva longtemps des illusions sur son état: cent fois renversé, il se relevait toujours ; à plusieurs reprises il avait vu la mort de si près, qu'il se laissait encore aller à concevoir quelques espérances ; mais son mal était de ceux qui ne pardonnent pas. Au commencement de l'hiver dernier les symptômes s'aggravèrent, une fièvre lente le saisit ; depuis ce jour il ne sortit plus. Alors il céda à nos prières pressantes et promit, au premier moment de relâche, de partir pour l'Italie, où son frère Vulfranc devait l'accompagner. Mais ce moment ne vint pas; la fièvre redoubla, la respiration s'embarrassa de plus en plus et la désorganisation pulmonaire fit en quelques semaines des progrès effrayants. Au mois de janvier 1856, le malade fut obligé de garder définitivement le lit. Sa fin paraissait prochaine, et cependant pendant deux mois encore il conserva un souffle de vie. Il vit venir la mort sans ostentation comme sans faiblesse ; il la reçut avec la dignité du philosophe et la tranquillité du stoïcien.

Gerdy est mort le 18 mars 1856, à l'âge de cinquante-neuf ans. Il laisse dans la science un grand nom, et dans l'histoire un beau caractère. Il est à la fois un des auteurs les plus originaux de notre époque, et un de ceux qui ont le plus écrit. Ses

innombrables recherches, consignées dans plusieurs ouvrages de longue haleine et dans une multitude d'articles séparés, ont porté sur les questions des plus variées, sur les sciences les plus diverses. Il a peut-être embrassé trop de choses; sa vaste intelligence aurait pu y suffire, mais ses forces physiques l'ont trahi, et il n'a achevé ni son *Traité de physiologie*, ni son *Traité de chirurgie*. Quand on songe que son orageuse existence n'a été qu'une longue maladie, que l'enseignement, les concours, les actes de la Faculté, l'hôpital, les académies ont absorbé la plus grande partie de son temps, que les luttes personnelles, les polémiques, la politique l'ont tenu dans une continuelle agitation, on s'étonne qu'il ait pu trouver encore le moyen d'exécuter des travaux immenses, d'étudier l'histoire, la littérature, les beaux-arts, de cultiver presque toutes les sciences, d'en approfondir plusieurs, de publier huit volumes d'anatomie, de physiologie, de chirurgie, de philosophie, et d'écrire, en outre, sous forme de mémoires isolés, la matière de plus de quatre volumes. Mais il avait cette faculté, la plus puissante de toutes, la seule qui, dans notre siècle, puisse transporter des montagnes: la volonté !

Le caractère de Gerdy est au-dessus de la calomnie, comme sa vertu est au-dessus de tout soupçon. Il aima jusqu'à la passion la vérité et la justice. Jamais, même dans les cas les plus extrêmes, il ne put se reprocher d'avoir agi contre sa conscience; jamais le mensonge ne souilla ses lèvres, et, s'il put se tromper quelquefois, jamais du moins il ne trompa les autres. Il avait sur le devoir des principes absolus, inflexibles; le devoir, pour lui, ne consistait pas seulement à être vertueux, mais à flétrir le vice et à combattre l'iniquité. Il eut le défaut de trop mépriser les hommes; il aurait voulu que tout le monde fût comme lui, sans reproche. Dès qu'il avait vu quelqu'un fléchir une seule fois, il lui ôtait à jamais son estime, oubliant qu'il y a des natures

honnêtes qui peuvent faillir un jour pour se relever le lendemain. C'est pourquoi il eut peu d'amis. Il vécut presque seul, ne prenant conseil que de lui-même. Ce fut un malheur. Le commerce des hommes eût adouci sa dureté et rectifié son jugement, enclin à la défiance. Il connut deux grandes passions : l'ambition et la haine. Mais son ambition fut noble, et sa haine généreuse. Il ne chercha à s'élever que par le travail, et resta pur au milieu des intrigues qui s'agitaient autour de lui. Il fit à ses ennemis une guerre acharnée; mais lorsqu'ils furent malheureux, il refusa de les poursuivre. Je n'en citerai qu'un exemple, parce que les autres mettraient en cause des hommes qui sont encore vivants. Le lendemain de la révolution de Février, Orfila fut destitué de ses fonctions de doyen. Les bruits les plus graves couraient sur l'état des finances de la Faculté. Une Commission fut chargée d'examiner la gestion d'Orfila, et cette affaire, dans un pareil moment, aurait pu aller loin. Gerdy, qui depuis quinze ans avait combattu la plupart des actes de l'ex-doyen, fut désigné pour faire partie de la Commission. Un homme vulgaire aurait saisi avec empressement cette occasion de se venger. Gerdy se récusa; il ne voulut pas consentir à être juge de son ennemi vaincu.

Dans la vie extérieure, Gerdy était sombre, sévère, hautain, levant avec orgueil son front d'honnête homme au-dessus de la foule, qu'il croyait à jamais avilie et corrompue. Dans la vie intime, il était tout différent : il devenait bon, affectueux, dévoué. Il avait pour son frère Vulfranc, plus jeune que lui de dix années, une tendresse en quelque sorte paternelle. Les doux sentiments de la famille étaient enracinés dans son cœur. Il aimait à parler de son père, de sa mère, des sacrifices qu'ils avaient faits pour lui, du bonheur qu'il leur avait rendu en échange. Dans la conversation, il était gai, presque joyeux. Il avait des mots piquants, des saillies heureuses; mais dès qu'on

lui parlait d'une injustice, il changeait de visage, et il exprimait son indignation dans un langage énergique.

Il disait souvent que l'honnête homme était plus grand que l'homme de génie, et il avait raison ; mais il y a des hommes qui méritent d'être placés plus haut encore : ce sont ceux qui, comme Gerdy, sont grands à la fois par l'esprit et par le cœur !

PUBLICATIONS DE GERDY.

---

1. *Mémoire sur l'organisation du cœur*, lu à la Société de la Faculté de médecine le 15 décembre 1818 (*Bull. de la Faculté*, 1818, t. VI, p. 268), analysé en 1820 dans le rapport de Béclard (*Bull. de la Faculté*, t. VII, p. 140), publié en 1821 dans le *Journal complémentaire du Dict. des sc. médicales*, t. X, p. 97, et reproduit en partie deux ans plus tard dans la *Thèse inaugurale* de l'auteur, p. 24.

2. *Mémoire sur la circulation veineuse* et *Mémoire sur la circulation capillaire*, lus à la Société de la Faculté de médecine, le 14 et le 28 janvier 1819 (*Bull. de la Fac.*, t. VI, p. 298), et publiés seulement en extrait en 1823 dans la *Thèse* de l'auteur, p. 56 à 70.

3. *Description anatomique d'un fœtus né à terme avec un spina bifida*, dans *Bull. de la Fac. de méd.*, 1819, t. VI, p. 346.

4. *Mémoire sur la structure de la langue du bœuf*, et sur les principales différences que présente celle de l'homme, lu à l'Académie royale de médecine en 1821, publié en extrait dans la *Thèse inaug.* de l'auteur, p. 19, et *in extenso* dans les *Archives générales de médecine*, 1re série, t. VII, p. 361, mars 1825. Tiré à part; brochure, 20 p. in-8.

5. *De la physiologie et de la manière de procéder à l'étude de cette science*, dans *Journ. complémentaire des sc. méd.*, mai 1821, t. IX. p. 289.

6. *Essai d'analyse des phénomènes de la vie*, dans *Journ. complém.*, 1821, t. X, p. 298, et t. XI, p. 110; — 1822, t. XIII, p. 132, et t. XIV, p. 343. Tiré à part; br. de 80 p. Paris, 1823, in-8.

7. *Examen des notes de M. Magendie sur les Recherches physiologiques de Bichat* (deux articles critiques), dans *Revue médicale*, Ire série. Paris, 1822, t. IX, p. 25 et p. 369. On trouve, à la page 378, des observations propres à l'auteur sur le mouvement des côtes.

8. *Recherches, discussions et propositions d'anatomie, de physiologie, de pathologie, etc.* Thèse pour le doctorat en chirurgie, Paris, 1823 (96 pages in-4 et 3 planches). Une longue introduction est consacrée à la classification des sciences et des arts. Cette thèse renferme les recherches de l'auteur sur la structure de la langue, sur celle du cœur; un essai sur l'anatomie des régions, fort important, surtout au point de vue historique; des recherches sur la prononciation, sur la circulation; une nouvelle classification anatomo-pathologique des maladies, enfin une discussion sur les fièvres essentielles contre la doctrine de Broussais.

9. *Quid medicinæ profuerunt vivorum animalium sectiones? Quid disquisitiones microscopii ope institutæ? Quid chemica experimenta?* Thèse de concours pour l'agrégation en anatomie et en physiologie. Paris, 1824, in-4 (24 pages).

10. *Quelques remarques générales sur les aponévroses*, dans *Bulletin de Férussac*, 1825, t. IV, art. 65, p 97. Court article de trois pages où se trouve consignée la découverte importante de gaînes musculaires, déjà indiquée à la page 45 de la *Thèse inaugurale* de l'auteur.

11. *Note sur la prononciation*, dans *Bulletin de Férussac*, 1826, t. VII, art. 165, p. 318.

12. *Traité des bandages*, première édition. Paris, 1826, in-8. Cet ouvrage a été revu, augmenté et réimprimé en 1837-1839 dans le *Traité des pansements*, dont il forme le premier volume.

13. *Analyse détaillée de l'histoire de la santé, et des influences qui la modifient* (plan d'un cours d'hygiène). Paris, 1827, in-8, très serré, de 86 pages.

14. Plus de trente articles insérés dans le t. XII de l'*Encyclopédie méthodique* (série de médecine). Paris, 1827, in-4, formant un ensemble de plus de 80 colonnes compactes. — On notera surtout les articles *Physionomie*, *Progression*, *Propriétés*, *Plantaire*, *Principe vital*. — Gerdy a encore écrit l'article *Voix* du même ouvrage, dans le tome XIII, p. 479, 28 colonnes. Paris, 1830, in-4.

15. *Note sur la vision*, dans *Bulletin de Férussac*, 1828, t. XIV, art. 135, p. 227.

16. *Mémoire sur l'influence du froid sur l'économie animale*, lu à l'Académie de médecine en 1828 (*Archives générales*, série I, t. XVII, p. 625, août 1828), publié en entier dans le *Journal hebdomadaire de médecine*, par Andral, Blandin, etc., t. VIII, p. 129 (31 juillet 1830). Tiré à part; br. de 24 p. in-8.

17. *Mémoire sur le mécanisme de la marche de l'homme*, dans le *Journal de physiologie* de Magendie, janvier 1829, t. IX, p. 1.

18. *Note sur le parallèle des os et des articulations*, dans *Bulletin de Férussac*, 1829, t. XVI, art. 279, p. 369. Tiré à part; br. de 14 p. in-8.

19. *Anatomie des formes extérieures*, appliquée à la peinture, à la sculpture et à la chirurgie. Paris, 1829, un vol. in-8 de 400 p., avec 3 pl. gravées.

20. *Lettre à MM. les membres du Conseil général des hôpitaux*, sur la question de savoir s'il convient ou non de conserver des chirurgiens en chef dans les hôpitaux civils. Paris, 1829; br. in-8 de 16 p. Reproduit dans le *Journal hebdomadaire de médecine*, par Andral, Blandin, etc., t. III, p. 97, n° 30 (25 avril 1829).

21. *Remarques sur le résultat du concours pour la bibliothèque de Moreau de la Sarthe*, dans le même journal, 1829, t. IV, p. 83 à 91.

22. *Réorganisation de la Faculté de médecine; du concours et de l'élection*, dans *Journal universel et hebdomadaire*, par Bégin, Bérard, etc.; première année, t. 1, p. 88-96. Tiré à part; br. in-8 de 10 p. (sept. 1830).

23. *Anatomie comparée des formes du corps humain*, suivant les âges, les tempéraments, les peuples, les climats; six articles dans le *Journal des artistes*. Paris, 1830, in-8, t. VIII, p. 13, 34, 67, 171, 187 et 204 (du 4 juillet au 19 septembre 1830). Tiré à part; br. de 36 p. in-8.

24. *Deux lettres sur l'élection du professeur d'anatomie à l'École des beaux-arts*, dans *Journal des artistes*, p. 298 et 333 (oct. et nov. 1830).

25. *Sur les mouvements de la langue et du pharynx*, dans *Bulletin de Férussac*, 1830, t. XX, art. 14, p. 26. Tiré à part; br. de 12 p. in-8.

26. *Mémoire sur le mécanisme de la prononciation*, lu à l'Académie de médecine le 12 juillet 1830, analysé dans *Archives générales*, série I, t. XXIII, p. 601 ; a paru en entier dans la *Physiologie* de Gerdy, t. I, p. 775 (1833).

27. *Préface d'un traité de physiologie*, br. in-8 de 72 p. Paris, 25 août 1830. — Ce travail, où l'auteur a présenté le résumé des nombreuses recherches originales qu'il se proposait de développer dans sa *Physiologie*, doit être considéré comme l'un des écrits les plus importants de Gerdy. On y trouve beaucoup de faits et de remarques qui n'ont pas été publiés ailleurs, le *Traité de physiologie* n'ayant pas été achevé.

28. *Thèse pour le concours de physiologie*. Paris, décembre 1830 ; 1 vol. in-8 de cxlij-544 p. — Le règlement du concours, adopté par la Faculté le 22 octobre 1830, et promulgué par le Conseil royal le 6 novembre suivant, imposait aux candidats l'obligation de déposer, vingt jours avant l'ouverture du concours, une dissertation imprimée sur les généralités de la science qui faisait l'objet de la chaire disputée. Gerdy présenta au concours un volume renfermant : 1° la préface précédente (voir le n° 27); 2° une introduction de 70 pages sur la manière d'étudier les sciences en général, et la physiologie en particulier; 3° un fascicule de 400 pages sur l'étude générale des animaux et des races humaines, et sur l'analyse des lois et des phénomènes de la vie : ces trois parties réunies formèrent plus tard la première livraison du *Traité de physiologie ;* 4° Gerdy y avait joint plusieurs mémoires sur la musculation et sur la voix formant ensemble les 144 dernières pages de la thèse. — Ces derniers mémoires n'ont pas été réimprimés.

29. *Physiologie médicale didactique et critique*, 1 vol. in-8 de cxlij-818 p. — A paru en deux fascicules. Le premier fascicule porte le millésime de 1832, époque où il a été mis en vente; il se compose des nos 1, 2 et 3 de la thèse précédente. Le deuxième fascicule, de 418 pages, renferme l'étude de la musculation, ou locomotion, et le commencement de l'étude de la voix. La fin de l'article VOIX, renfermant l'historique et la physiologie comparée, devait commencer le deuxième volume de la *Physiologie médicale :* ce second volume n'a jamais paru ; mais Gerdy a complété l'étude de la voix dans deux mémoires qu'il a publiés en 1842 dans le journal *l'Expérience*. Voir plus loin, le n° 77.

30. *Lettre au rédacteur de la Revue médicale*, en réponse à un article de ce journal sur la première partie de la *Physiologie médicale*, dans la *Revue médicale*, 1832, t. I, p. 319 à 330.

31. *Remarques sur l'accouchement par le vertex*, dans *Archives générales*, première série (mars 1832), t. XXVIII, p. 351. Tiré à part; br. in-8 de 16 p.

32. *Des polypes et de leur traitement*, thèse de concours pour la chaire de pathologie externe. 1er août 1833, in-4 (204 p.).

33. Articles *Attitude* (15 p.), *Chirurgie* (10 p.), *Circulation* (66 p.) et *Locomotion* (11 p.) du *Dictionnaire de médecine en 30 volumes* (l'article *Circulation* a été tiré à part).

34. *De l'influence de la pesanteur sur la circulation et les phénomènes qui en dérivent*, et de l'élévation des parties malades considérée comme moyen thérapeutique ; extrait des leçons cliniques du professeur Gerdy par Gerdy jeune, interne des hôpitaux, dans *Archives générales*, 2e série, t. III, p. 553 (déc. 1833).

35. *Détermination des leviers que forment la colonne vertébrale, les fémurs et les*

tibias dans l'attitude verticale, mémoire lu à la Société de médecine de Paris le 21 mars 1834; extrait dans *Revue médicale*, 1834, t. II, p. 323.

36. *Observations et réflexions sur le déplacement du fémur dans la fosse iliaque et l'échancrure sciatique*, leçons cliniques publiées sous les yeux de M. Gerdy par M. Beaugrand, interne; dans *Archives générales*, octobre 1834, série II, t. VI, p. 153. Tiré à part; br. in-8 de 22 p.

37. *Observations et réflexions sur les fractures de la clavicule et du col du fémur*, *idem*, *ibidem*, dans *Archives générales*, novembre 1834, 2e série, t. VI, p. 356. Tiré à part; br. in-8 de 40 p.

38. *Leçons cliniques* faites à l'hôpital Saint-Louis par M. Gerdy, et publiées sous ses yeux par M. Beaugrand : *Observations et réflexions sur l'exophthalmie*, dans *Arch. gén.*, juillet 1835, t. VIII, p. 339 (2e série). Tiré à part; br. in-8 de 16 p.

39. *Sur les luxations du radius, de la jambe*, sur les fractures de la rotule et des condyles du fémur, *id.*, *ibid.*, t. VII, p. 149 (fév. 1835). Tiré à part; br. in-8 de 32 p.

40. *Sur la résection de la mâchoire inférieure*, dans le cas de lésions organiques et de nécrose, *id.*, *ibid.*, t. IX, p. 57 (sept. 1835), et p. 428 (déc. 1835). Tiré à part; br. in-8 de 32 p.

41. *Remarques et observations sur les hernies*, *id.*, *ibid.*, avril 1836, t. X, p. 368. Tiré à part; br. in-8 de 32 p.

42. *Remarques sur l'hydrocèle*, *id.*, *ibid.*, dans *Arch. gén.*, série III, t. I, p. 57, janvier 1838. Tiré à part; br. in-8 de 16 p.

43. *Remarques sur le sarcocèle*, *id.*; *ibid.*, dans *Arch. gén.*, série III, t. II, p. 385 (août 1838).

44. *Mémoire sur plusieurs points de la respiration*, dans *Arch. gén.*, série II, t. VII, p. 515 (avril 1835). Tiré à part; br. in-8 de 16 p.

45. *Note sur la cure radicale des hernies, par la méthode de M. Gerdy, ou de l'invagination*, rédigée par Vulfranc Gerdy, dans *Bulletin clinique* de Fossone, t. I, p. 90 (mai 1835). *Voy.*, p. 280 du même vol., le rapport de M. Gimelle sur cette méthode.

46. *Leçons cliniques de M. Gerdy à l'hôpital Saint-Louis*, rédigées par Gerdy jeune; deux articles dans *Bulletin clinique*, 1835, t. I, p. 139 et p. 213.

47. *Analyse critique* du Traité d'anatomie comparée de Hollard, dans *Arch. gén.*, 1835, t. IX, p. 246. Tiré à part; br. in-8 de 10 p.

48. *Mémoire sur la structure des os*, avec 2 pl. lithog., dans *Bulletin clinique*, t. I, p. 123, in-8 (juin 1835). Tiré à part; broch. in-8 de 8 p.

49. *Mémoire sur l'état matériel ou anatomique des os malades*, dans *Arch. gén.*, fév. 1836, 2e série, t. X, p. 129. Tiré à part; br. in-8 de 32 p.

50. *Nouvelle méthode d'opérer la fistule lacrymale par la rhinotomie*, leçon clinique rédigée par M. Gras, interne, dans *Journ. des conn. méd. chirurg.*, sept. 1836, t. III, p. 112, n° 3.

51. *Réponse à M. Rizueno, d'Espagne*, sur la statistique médicale, dans la *Presse médicale*, juin 1837, n° 48. Tiré à part; 4 p. in-8.

52. *Recherches physiologiques sur les sensations en général*, mémoire lu à l'Académie de médecine le 19 septembre 1837, publié dans *Arch. génér.*, oct. 1837, t. XV, p. 133 (2e série). Tiré à part; br. in-8 de 26 p.

53. *Mémoire sur quelques faits pratiques de chirurgie* (Rapports juridiques sur une plaie de l'artère fémorale et sur une plaie de poitrine), dans *Arch. gén.*, déc. 1837, 2ᵉ série, t. XV, p. 426. Tiré à part; br. in-8 de 20 p.

54. *Discours sur l'introduction de l'air dans les veines*, prononcé à l'Académie de médecine le 5 décembre 1837, dans *Bull. de l'Acad.*, t. II, p. 280. Tiré à part; br. de 16 p. — Second discours sur le même sujet dans la séance du 6 fév. 1838, t. II, p. 454.

55. *Traité des bandages et des pansements*. Paris, 1837-1839, 2 vol. in-8 formant ensemble 1250 p., avec atlas de 20 pl. gravées in-4.

56. *Mémoire sur quelques points de la vision*, lu à l'Académie de médecine le 15 mai 1838, dans *Bulletin de l'Académie*, t. II, p. 726 et p. 812.

57. *Analyse critique du système de déligation de M. Mayor*, dans le journal *l'Expérience*, 20 juillet 1838, t. II, p. 152. (*Voy.*, p. 234, une polémique entre Gerdy et Mayor à ce sujet.)

58. *Recherches sur l'encéphale*, dans *Journ. des conn. médico-chirurg.*, déc. 1838, p. 258; *Sur l'organisation du cerveau*, dans même journal, fév. 1840, p. 82. — Seize figures originales et importantes, formant 4 pl. in-fol., accompagnent ces deux mémoires, qui ont été tirés à part (16 p. gr. in-8 à 2 colonnes et 4 pl. in-fol.). — Pl. 32, 33, 39 et 40 de l'atlas du *Journal; voy.* avril 1836, p. 435, pour l'explication de ces planches.

59. *Discours prononcés à l'Académie de médecine dans la discussion sur les fonctions du système nerveux*, dans *Bulletin de l'Académie*, janvier à mai 1839. Les quatre principaux discours de Gerdy ont été tirés à part, sous forme de broch. in-8 de 46 p.

60. *Rapport sur deux mémoires du docteur Pravaz, relatifs aux causes et au traitement des luxations congéniales*, lu à l'Académie de médecine le 12 et le 17 sept. 1839, dans le *Bulletin de l'Académie*, t. IV, p. 121, et dans l'*Expérience*, t. IV, p. 177 et 193. Tiré à part; br. in-8 de 80 p.

61. *Rapport sur un rhumatisme inflammatoire aigu qui a profondément altéré les os*, lu à l'Académie de médecine en février 1840, dans le *Bulletin de l'Académie*, t. IV, et dans l'*Expérience*, 6 fév. 1840, t. V, p. 81 et 97. Tiré à part; br. in-8 de 24 p.

62. *Lettre au rédacteur de l'Expérience* en réponse à une note de M. Bouillaud sur les fonctions cérébrales, dans l'*Expérience*, 2 juillet 1840, t. VI, p. 15 (à propos d'une discussion qui a eu lieu à l'Académie en mai 1840).

63. *Recherches sur l'anatomie pathologique des tumeurs blanches*, rédigées par M. Beaugrand, dans *Archives générales*, sept. 1840, 3ᵉ série, t. IX, p. 5.

64. *Expériences sur la vision :* 1° sur la vision avec les deux yeux ou avec un seul œil; 2° sur la vision distincte et la vision confuse, dans l'*Expérience*, 5 août 1840, t. VI, p. 88. Tiré à part; br. in-8 de 16 p.

65. *Recherches sur l'unité de la perception visuelle*, dans l'*Expérience*, 10 sept. 1840, t. VI, p. 161. Tiré à part; br. in-8 de 14 p.

66. *Remarques sur les conditions de la vision*, dans l'*Expérience*, oct. 1840, t. VI, p. 209. Tiré à part; br. in-8 de 16 p.

67. *Historique des travaux sur la vision*, dans *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. VI, p. 69 (22 sept. 1840).

68. *Discours sur l'ontologie*, dans *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. VI, p. 239 (17 nov. 1840).

69. *Remarques sur la vision des somnambules*, lues à l'Académie de médecine le 8 juin 1841, dans l'*Expérience*, 1841, t. VII, p. 369. Tiré à part; br. in-8 de 48 p.

70. *Discours sur le magnétisme*, prononcé à l'Académie le 15 juin 1841, dans l'*Expérience*, t. VII, p. 403. Tiré à part; br. in-8 de 16 p.

71. *Discussion sur l'arsenic*, discours prononcés par Gerdy dans cette discussion ouverte le 6 juillet 1841 et close le 17 août; publiés dans les tomes VII et VIII de l'*Expérience*. Tirés à part, avec une introduction et un appendice; br. in-8 de 112 p. avec 3 fig. sur bois; 1841.

72. *Rapport sur un cas de grossesse extra-utérine et d'opération de gastrotomie*, lu à l'Académie de médecine, dans l'*Expérience*, 1841, t. VIII, p. 65. Tiré à part; br. in-8 de 30 p.

73. *De la supériorité de la vision sur les autres sensations*, ou comparaison des sens les uns avec les autres, dans l'*Expérience*, 1841, t. VIII, p. 81. Tiré à part; br. in-8 de 32 p.

74. *Discours de rentrée de la Faculté de médecine* pour l'année 1841-1842, renfermant : 1° le parallèle de l'élection et du concours; 2° l'éloge de Sanson. Ce discours remarquable renfermait quelques vérités courageuses et devint, par conséquent, l'objet d'attaques violentes. Il ne fut pas publié officiellement par la Faculté. Gerdy le fit paraître dans l'*Expérience*, t. VIII, p. 224, et répondit à ses adversaires dans le même journal, p. 249. — Tiré à part; br. in-8 de 40 p. avec un avertissement de XIV p.

75. *Revue chirurgicale* (ténotomie et myotomie), dans la *Revue scientifique* du docteur Quesneville. Paris, 1841, in-8, t. V, p. 61 à 99. Cet article, curieux et mordant, n'est pas signé; mais Gerdy n'en a jamais décliné la responsabilité. Dans la *Revue chirurgicale* du numéro suivant, p. 472-480 du même volume, Gerdy inséra un article anonyme comme le précédent et intitulé *Analyse d'un mémoire de M. Velpeau, et réponse à ce dernier* (à propos du mémoire de M. Velpeau sur le traitement du bégaiement).

76. *Mémoire sur le tact et les sensations cutanées*, dans le *Bulletin de l'Académie*, 21 juin 1842, t. VII, p. 884, et dans l'*Expérience*, 1842, t. IX, p. 401, et t. X, p. 1. Tiré à part; br. in-8 de 60 p. — On trouve, à la page 928 du *Bulletin de l'Académie*, un discours à l'appui du mémoire précédent.

77. *Mémoire sur la voix et la prononciation*, complément de l'article VOIX de la *Physiologie* de l'auteur (*voy.* le n° 29 de cette bibliographie), dans l'*Expérience*, t. IX, p. 385; t. X, p. 49 et p. 65. Tiré à part; br. in-8 de 78 p., 1842.

78. *Quatre discours sur la ténotomie*, prononcés à l'Académie de médecine en nov. et en déc. 1842, publiés dans le t. X de l'*Expérience*, et tirés à part; br. in-8 de 38 p.

79. *Remarques sur le chemin de fer de Paris à Lyon.* Paris, 1842, br. in-8 de 24 p.

80. *Examen de l'exposé des motifs du gouvernement*, pour le chemin de fer de Paris à Lyon, dans le *Propagateur de l'Aube*, 10 et 11 juin 1844. Tiré à part; br. in-8 de 16 pages.

81. *Profession de foi politique*, suivie de la *Politique électorale.* Troyes, 1842; br. in 8 de 15 p.

82. *Discours prononcé en présence des électeurs de Bar-sur-Seine.* Troyes, 1842; br. in-8 de 16 p.

83. *Résumé des principales recherches d'anatomie, de physiologie et de chirurgie* de M. Gerdy, dans l'*Expérience*, 1842, t. X, p. 385, et 1843, t. XI, p. 1. Complété et tiré à part; br. in-8 de 72 p. compactes. On consultera avec fruit ce résumé, où l'auteur a consigné beaucoup de recherches qu'il n'a pas eu le temps de publier plus amplement, et qui devaient trouver place dans sa *Physiologie* et dans sa *Chirurgie*. (*Voy.* surtout les paragraphes relatifs aux maladies des sens, des organes digestifs et des organes génito-urinaires). C'est là que se trouvent décrits les procédés de Gerdy pour le traitement des fistules vésico-vaginales, pour l'opération de l'onyxis, pour l'abaissement de la cataracte au moyen d'une aiguille bifurquée, etc.

84. *Lettre au rédacteur de l'*Expérience, *sur la réduction des luxations des phalanges par la méthode nouvelle du glissement*, dans l'*Expérience*, 1843, t. XI, p. 85.

85. *De la génération et du développement successif des facultés et des phénomènes de l'entendement*, lu à l'Académie des sciences morales et politiques en août 1842, publié dans les *Annales médico-psychologiques*, 1843, t. I, p. 345. Tiré à part; br. in-8 de 64 p.

86. *De l'intelligence au moment où elle entre en action*, mémoire lu à l'Académie de médecine le 25 juillet 1843, dans le *Bulletin de l'Académie*, t. VIII, p. 1088. Tiré à part; br. in-8 de 30 p.

87. *Phénomènes de l'intelligence en exercice*, mémoire lu à l'Académie des sciences morales et politiques le 16 septembre 1843, publié dans la *Revue synthétique*, 1843, t. III, p. 289. Tiré à part; br. in-8 de 30 p.

88. *Mémoire sur les symptômes et la marche de l'inflammation des os*, dans l'*Expérience*, 1843, t. XII, p. 33. Tiré à part; br. in-8 de 16 p.

89. *Expériences sur la réduction des luxations de l'épaule*, pour déterminer les lésions qui peuvent survenir dans les tractions trop violentes, dans le *Journal de chirurgie* de Malgaigne, juillet 1843, t. I, p. 233.

90. *Recherches historiques et pratiques sur le trichiasis* et sur la possibilité d'enlever une paupière tout entière sans que l'œil reste découvert, dans le *Journal de chirurgie* de Malgaigne (deux articles), juillet et août 1844, t. II, p. 193 et 225. Tiré à part; br. gr. in-8 de 14 p.

91. Article SCIENCE de l'*Encyclopédie du XIXe siècle* (Répertoire universel des sciences, des lettres, etc.), t. XII, p. 120. Paris, 1844. Tiré à part; br. in-8 de 80 p.

92. *Rétracture des tissus albuginés*, mémoire lu à l'Académie de médecine le 16 avril 1844, dans le t. IX, p. 766, du *Bulletin de l'Académie*, et dans le t. XIII de l'*Expérience*, p. 257. Tiré à part; br. in-8 de 16 p.

93. *Trois discours sur l'ophthalmologie*, prononcés à l'Académie de médecine en juin et juillet 1844; n'ont été publiés complétement que dans l'*Expérience*, t. XIII et XIV, du 27 juin au 18 juillet 1844. Tiré à part en br. in-8 de 24 p.

94. *Deux lettres à M. Velpeau*, faisant suite à la discussion de l'Académie sur l'ophthalmologie, dans l'*Expérience*, 8 août et 5 septembre 1844, t. XIV, p. 92 et 154. Tiré à part; br. in 8 de 32 p.

95. *De la perception sensoriale et du jugement méthodique et raisonné*, publié en

feuilletons dans l'*Expérience*, t. XIII, p. 321, 337, 353 et 384; t. XIV, p. 17 et 33. Tiré à part; br. in-8 de 30 p.

96. *Discussion sur les lésions de l'aliénation mentale*, deux discours prononcés en mars et en avril 1845, dans le *Bulletin de l'Académie*, t. X, p. 481 et 549.

97. *Rapport sur une plaie du foie*, lu à l'Académie de médecine le 17 juin 1845, dans le *Bulletin de l'Académie*, t. X, p. 812. Tiré à part; br. in-8 de 16 p.

98. *Physiologie philosophique des sensations et de l'intelligence*. Paris, 1846, in-8, 1 vol. de XXIV-564 p.

99. *Sur la formation d'un canal artificiel dans le cas d'oblitération du canal nasal* (opération nouvelle ayant pour but de mettre la cavité de la conjonctive en communication directe avec celle du sinus maxillaire), dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, juillet 1846, t. II, p. 5.

100. *Deux discours sur les injections iodées*, dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XI, p. 318 et 341 (6 janv. 1846).

101. *Deux discours sur l'éthérisation*, renfermant les résultats des expériences faites par l'auteur sur lui-même, dans le *Bulletin de l'Académie*, 26 janv. et 9 fév. 1847, t. XII, p. 303 et 350.

102. *Second mémoire sur la rétraction des tissus blancs ou albuginés*, lu à l'Académie de médecine le 27 avril 1847, dans le *Bulletin de l'Académie*, t. XII, p. 600, et dans la *Revue médico-chirurgicale*, mai 1847, t. I, p. 272. Tiré à part; br. gr. in-8 de 12 p.

103. *De l'influence de la pesanteur et d'une situation basse sur la circulation et sur les maladies chirurgicales*, lu à l'Académie de médecine le 25 mai 1847, dans le *Bulletin de l'Académie*, t. XII, p. 696, et dans la *Revue médico-chirurgicale*, juin 1847, t. I, p. 332. Tiré à part; br. gr. in-8 de 12 p.

104. *Lettre sur le concours et l'élection*, réponse aux objections de M. Cousin, br. de 56 p. Bar-sur-Seine, 1847, in-8. (Très remarquable.)

105. *Nouveau procédé pour l'opération de la staphyloraphie*, appliqué avec succès (suture enchevillée), dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XIV, p. 170 (17 oct. 1848).

106. *Rapport sur les facultés des sourds-muets*, lu à l'Académie de médecine le 9 juillet 1850, dans le *Bulletin de l'Académie*, t. XV, p. 945.

107. *Extraction d'un corps étranger par un procédé particulier*, lu à l'Académie de médecine le 23 juillet 1850, dans le *Bulletin de l'Académie*, t. XV, p. 983.

108. *Chirurgie pratique*. Divisée en 7 monographies. Les trois premières monographies ont seules paru, savoir : 1° *Pathologie générale médico-chirurgicale*, 1851, 1 vol. in-8 de 644 p.; 2° *Maladies générales et diathèses* (inflammations, ulcères, gangrènes, brûlures, froidures, blessures, productions accidentelles, maladies des vaisseaux, diathèse cancéreuse, tuberculeuse, scrofuleuse, scorbutique et syphilitique), 1852, 1 vol. in-8 de XX-835 p., avec une pl. microscopique; 3° *Maladies des organes du mouvement* (muscles, tissus fibreux, os et articulations), 1855, 1 vol. in-8 de XVI-594 p., avec 8 pl. lithogr., représentant la structure et les maladies des os.

109. *Discours sur la syphilisation* (21 août 1852), dans le *Bulletin de l'Académie*. t. XVII, p. 1079.

110. *Discours sur la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis* (5 oct. 1852). Le *Bulletin de l'Académie* (t. XVIII, p. 85) a donné seulement un extrait de ce discours curieux, qui ne se trouve en entier que dans l'introduction du deuxième volume de la *Chirurgie pratique* de l'auteur. (*Voy.* le n° 108 de cette bibliographie.)

111. *Discours sur la surdi-mutité* (7 juin 1853), dans le *Bulletin de l'Académie*, t. XVIII, p. 904. Tiré à part; br. in-8 de 20 p.

112. *De la périostite et de la médullite*, dans les *Archives générales*, 1853, 5e série, t. II, p. 128 et 451. Tiré à part; br. in-8 de 50 p.

113. *Recherches sur la carie*, dans la *Gazette hebdomadaire*, 7 avril 1854, t. I, p. 432.

114. *Recherches sur la nécrose*, dans la *Gazette hebdomadaire*, 21 et 28 juillet et 4 août 1854, t. I, p. 688, 704 et 719.

115. *Discours sur la philosophie médicale*, prononcés à l'Académie dans la discussion sur le traitement de la variole (20 fév. et 27 mars 1855), dans le *Bulletin de l'Académie*, t. XX, p. 594 et 727.

Le deuxième discours a été tiré à part, br. in-18 de 14 p.

116. *Mémoire sur la cure radicale de la hernie inguinale*, dans les *Archives générales de médecine*, février à août 1855, 5e série: quatre articles, t. V, p. 142, 290 et 572, et t. VI, p. 172. Tiré à part, avec addition du rapport de M. Broca à la Société de chirurgie sur le livre de M. Rothmund; br. in-8 de 88 p.

117. *De la guérison des fistules profondes de l'anus* par la méthode nouvelle du pincement, dans le *Bulletin de thérapeutique*, 1855, t. XLVIII, p. 397. Tiré à part; br. in-8 de 8 pages.

DES PONCTIONS CAPILLAIRES

DANS LE TRAITEMENT

DE CERTAINES COLLECTIONS DE SANG ET DE PUS;

MÉMOIRE LU A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, DANS LA SÉANCE DU 6 AOUT 1856,

Par le docteur VOILLEMIER,

Agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Lariboisière,
membre de la Société de chirurgie, etc., etc.

Dans une science d'application comme la chirurgie, le détail le plus mince en apparence devient important au lit des malades dès qu'il peut prévenir un danger, empêcher une difformité ou épargner une douleur. C'est dans cette pensée, Messieurs, que j'ai cru devoir vous entretenir d'une méthode de traitement des plus simples, mais exempte d'accidents et qui, depuis trois années, m'a donné constamment des résultats heureux. Je veux parler de l'ouverture de certaines collections de sang ou de pus par des *ponctions capillaires*. Cette dernière expression n'est peut-être pas rigoureusement applicable aux instruments dont je me sers, car, tout petits qu'ils sont, ils présentent encore une certaine grosseur; mais elle convient bien aux ouvertures, qui sont aussi étroites qu'on peut les imaginer pour donner passage à des liquides tels que le sang, le pus, la sérosité.

Voici dans quelles circonstances j'eus, pour la première fois, l'idée de recourir à ce mode de traitement.

ÉPANCHEMENTS DE SANG.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Épanchement de sang à la partie antérieure de la jambe. — Légères eschares. — Guérison en douze jours.

Dans les premiers jours de mars 1855, conjointement avec mon collègue et ami M. Pidoux, je donnai des soins à une dame, âgée de quarante ans, qui avait été renversée par un fiacre. Une des roues était passée sur la partie inférieure de la jambe gauche. Aucun os n'avait été fracturé, mais il y avait un épanchement de sang considérable. Le sang infiltré remontait jusqu'au jarret et formait vers la partie inférieure de la jambe, une poche oblongue, de la grosseur d'un œuf aplati, dans laquelle la fluctuation était des plus manifeste. Sur ce point, la contusion avait été si forte que la peau était, en partie, désorganisée, dans l'étendue de quelques centimètres. J'appliquai sur le membre des compresses imbibées d'eau blanche et un bandage légèrement compressif, dans le but d'amener la résorption du sang épanché.

Tout se passa parfaitement bien; la malade eut à peine un mouvement de fièvre et le le membre diminua rapidement de volume. Pourtant la tumeur fluctuante était restée à peu près la même. Le vingtième jour, la malade y ressentit quelques douleurs. Le bandage enlevé, je trouvai la peau chaude, tendue, rouge surtout autour des points mortifiés, et il était de toute évidence que la poche enflammée ne tarderait pas à s'ouvrir. J'allais l'inciser lorsque, songeant à tous les accidents qui pourraient résulter d'une large ouverture, j'eus l'idée de vider la tumeur par un moyen beaucoup plus simple. J'enfonçai dans son milieu une aiguille de moyenne grosseur. Celle-ci pénétra sans déterminer de douleur et, quand elle fut retirée, je vis un liquide rouge assez ténu, sortir par l'étroite piqûre comme par la morsure d'une sangsue. Encouragé par ce résultat, je fis six piqûres et, en quelques instants, la poche fut complétement vidée. Il s'était écoulé trois cuillerées à bouche de liquide. — Un cataplasme fut prescrit.

Le lendemain, je revis la malade; elle n'avait pas souffert. La peau avait repris sa couleur normale, excepté autour des points mortifiés. La tumeur était en partie reproduite. Refoulant le liquide vers un des points de la poche, je lui donnai issue au moyen de quatre nouvelles piqûres. Quatre fois j'eus recours à ces ponctions. Le liquide devenait de plus en plus séreux, moins abondant, et les dernières ponctions en fournirent à peine six à huit gouttes. Le trente-deuxième jour, c'est-à-dire douze jours après les premières piqûres, il ne restait plus de liquide dans la poche. Les eschares très minces dont la chute avait été hâtée par l'usage des cataplasmes, n'avaient laissé, après elles, que deux petites plaies superficielles qui ne pouvaient empêcher la malade de quitter Paris. Elle partit complétement guérie.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Épanchement sanguin. — Ponctions capillaires. — Guérison en onze jours.

Château (Emile), âgé de vingt et un ans, chargeur, est entré à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Honoré, le 18 avril 1855. Ce jour même, il avait été renversé par une malle du poids de 200 kilogr. qui, en tombant, avait porté sur le côté interne de la jambe droite. Sur le point frappé il s'est développé subitement une tumeur du volume du poing, allongée, fluctuante, sans changemement de couleur à la peau, limitée en avant par le bord antérieur du tibia.

Le 19, la peau présente une teinte ecchymotique très prononcée, et d'une assez grande étendue, mais qui s'arrête brusquement en dehors le long du bord antérieur du tibia. Un cataplasme avait été ordonné la veille et on en continue l'emploi.

Le 20, huit ponctions sont pratiquées sur la tumeur avec la tige d'un trocart explorateur, et il s'écoule par les piqûres 30 grammes d'un liquide rouge foncé.

La poche n'est pas complétement vidée; elle l'est assez cependant pour que l'on constate une cavité bien circonscrite, limitée par des bords épais. On continue l'usage des cataplasmes.

Le 22, quatre nouvelles ponctions, pratiquées de la même façon, donnent issue à une quantité de liquide un peu moindre, plus ténu et moins coloré. Les bords de la cavité sont plus marqués et plus indurés. Jusqu'à ce jour le malade n'a pas éprouvé la moindre douleur. Les cataplasmes sont continués.

Le 23, deux ponctions; issue de 10 grammes environ de liquide avec les mêmes caractères.

Chaque matin, jusqu'au premier mai, deux piqûres sont pratiquées; le liquide est de plus en plus séreux et moins abondant. A la dernière ponction pratiquée le 2 mai, il en sort trois ou quatre gouttes. Le malade est complétement guéri. Les cataplasmes ont été employés jusqu'à cette époque.

TROISIÈME OBSERVATION.

Épanchement sanguin. — Ponctions capillaires. — Guérison en cinq jours.

Louchard, âgé de quarante-deux ans, cocher, est entré à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Napoléon, n° 2, le 18 juin 1855. Il raconte qu'à la suite d'un coup reçu sur la partie inférieure de la jambe droite, il a vu se développer une petite tumeur qui est aujourd'hui de la grosseur d'un œuf de perdrix. Cet accident date de quinze jours. Il a continué à marcher, mais il est obligé d'entrer à l'hôpital, parce que les douleurs ne font qu'augmenter. Il lui semble qu'il a la jambe prise dans un étau, quand il se fatigue un peu. La tumeur, située sur la face interne du tibia, est molle, fluctuante; la peau est rouge, douloureuse au toucher, et tout indique un abcès prochain.

Le 18 juin, une seule piqûre avec la tige d'un trocart explorateur donne issue à

une cuillerée à café d'un sang noirâtre. On sent qu'il reste du liquide dans la poche. — Cataplasmes.

Le 20 juin, la peau n'est plus rouge ni douloureuse; la poche s'est remplie à moitié environ. Deux piqûres donnent issue à une demi-cuillerée à café de sérosité brune. — Cataplasme.

Le 21 juin, le malade a marché, mais il ne s'est rien reproduit dans la poche. On sent seulement les tissus un peu épaissis. Le malade est guéri et sort de l'hôpital. Il a été revu le 1er juillet, et la guérison est complète.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Épanchement sanguin. — Suppuration. — Ponctions capillaires. — Guérison en cinq jours.

Trochart (François), âgé de trente ans, carrier, est entré à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Honoré, le 7 mars 1855. Cet ouvrier raconte que, le 5 mars, étant occupé à soulever une pierre énorme, celle-ci glissa et, en tombant, lui érafla la jambe droite. Il éprouva une violente douleur, et fut obligé de se coucher. A son entrée à l'hôpital, le malade présentait sur la face interne du tibia et inférieurement, une tumeur du volume d'un petit œuf, ovale, molle, fluctuante, un peu douloureuse surtout au toucher, circonscrite par un bord dur, excepté en bas où elle était mal limitée. — Cataplasmes. Repos au lit.

Le 9 mars, la tumeur est plus douloureuse; la peau est rouge et semble amincie. Deux ponctions faites avec une aiguille à coudre assez forte, donnent issue à une cuillerée à bouche de pus mêlé de sang. Cataplasmes. A la visite du soir, la pression fait sortir, par l'une des piqûres, une cuillerée à café du même liquide.

Le 10 mars, la peau est moins tendue, à peine douloureuse; deux nouvelles ponctions donnent issue à une cuillerée à café du même liquide plus rougeâtre. Cataplasme soutenu par une légère compression.

Le 11 mars, la pression fait sortir par les deux piqûres quelques gouttes de liquide séreux à peine coloré. Légère compression à l'aide d'une bande.

Le 12 mars, les parois de la tumeur sont adhérentes; la peau n'est plus douloureuse. Le cercle dur qui circonscrivait en partie l'épanchement a presque entièrement disparu. Le malade se lève et marche.

Le 14 mars, le malade est complétement guéri; il sort le 15.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Épanchement de sang. — Présence de caillots. — Ponctions capillaires. — Guérison en huit jours.

Vernet (Pierre), cocher, est entré à l'hôpital Lariboisière, le 2 juillet 1855. Une roue de voiture lui a passé sur le pied et a déterminé un épanchement sanguin qui remonte le long de la face externe de la jambe jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de la malléole externe, dans l'intervalle qui sépare le tibia du péroné

Dans ce point, il y a une tumeur molle, fluctuante, aplatie, de 6 centimètres de long, sur 4 de large; la peau a une teinte violacée.

Le 4 juillet, trois ponctions sont faites sur la tumeur avec la tige d'un trocart explorateur, et il sort, par les piqûres, une demi-cuillerée à café d'un liquide épais, présentant à la vue tous les caractères du sang. — Cataplasme.

Le 6 et le 8. — Trois nouvelles ponctions sont pratiquées et donnent issue à la même quantité de liquide épais. La poche est moins tendue, mais elle a à peu près le même volume.

Le 10. — Trois ponctions; pour la première fois, il sort de la sérosité rougeâtre, 10 grammes environ. La poche est plus flasque et mieux limitée par des bords durs. — Cataplasmes.

Le 11. — Deux ponctions; issue d'une quantité moindre de sérosité rouge. On sent dans la poche des caillots de sang que l'on peut déplacer avec les doigts. — Cataplasmes.

Le 12. — Un ponction donne issue à quelques gouttes de sérosité rouge. On constate de nouveau la présence des caillots. Les cataplasmes sont remplacés par une simple bande. Le malade se lève; il sort le 15 juillet, ne présentant qu'un peu d'induration là où existait la tumeur sanguine.

SIXIÈME OBSERVATION.

Épanchement sanguin considérable. — Ponctions capillaires. — Guérison en douze jours.

Salomon (Étienne), âgé de quarante ans, est entré à l'hôpital Lariboisière, le 19 avril 1855. Cet homme a été renversé par une voiture, et il a eu le cubitus droit fracturé; c'est pour cette blessure qu'il est venu demander nos soins. Son genou droit avait été atteint par une des roues, et présentait sur la peau quelques traces de contusion, mais il ne s'en plaignit pas. L'attention était seulement fixée sur la fracture de l'avant-bras, lorsque, le 7 mai, il dit souffrir un peu du genou. Voici ce qu'un examen attentif nous montra. L'articulation est saine et ne contient point de liquide. Cependant le genou paraît beaucoup plus volumineux que celui du côté opposé; cela tient à un épanchement assez considérable siégeant sous la peau, qui est décollée au-devant de la rotule, en dedans jusque dans le jarret, et quatre travers de doigt au-dessus et au-dessous de l'articulation; quand le malade est dans le décubitus dorsal, le liquide s'accumule dans les parties déclives, et la peau s'applique sur la rotule; si avec la main on refoule le liquide en avant il forme sur la rotule une tumeur du volume d'une orange. Ainsi l'épanchement est contenu dans une grande poche qui donne au palper la sensation d'une vessie à moitié pleine.

Le 7 mai, le liquide est refoulé en avant et neuf ponctions sont pratiquées sur la tumeur avec la tige d'un petit trocart explorateur. Il s'écoule par les piqûres 60 grammes d'un liquide rouge, ténu, ayant à la fois les caractères de la sérosité et du sang.

Le 8 mai, sept nouvelles ponctions sont faites en dedans et donnent issue à 30 grammes de liquide ayant les mêmes caractères.

Le 9 mai, la tumeur est devenue douloureuse. On s'abstient de la ponctionner et on la couvre de cataplasmes jusqu'au 14 mai.

Le 14 mai, l'inflammation est calmée et les parties ne sont plus douloureuses. Il s'est passé quelque chose d'assez singulier: la peau s'est recollée au-devant de la rotule et sur le condyle interne, de telle façon que la poche primitive est divisée en deux autres poches qui ne communiquent pas. La première, oblongue verticalement, est placée, en dedans, entre la rotule et le condyle; la seconde est située en arrière du condyle. Deux ponctions sur la poche antérieure donnent 15 grammes de sérosité rouge, et deux autres ponctions sur l'autre poche donnent 20 grammes du même liquide. — Cataplasmes.

Le 16 mai, une seule ponction sur les deux poches d'où s'échappe très peu de liquide. — Cataplasmes.

Le 17 mai, la poche antérieure n'existe plus. Une ponction sur l'autre poche donne issue à quelques gouttes de liquide séreux rouge. — Cataplasmes.

Le 19 mai, la poche postérieure est épuisée; on constate seulement en arrière un peu d'empâtement qui semble tenir à la présence de quelques caillots étalés dans la poche ou à un reste d'inflammation.

Le malade est sorti de l'hôpital complétement guéri.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Épanchement de sang occupant la région lombaire et toute la hanche droite. — Guérison en dix-huit jours.

Morel (Nicolas), journalier, âgé de 56 ans, est entré à l'hôpital Lariboisière, le 11 juin 1856. La veille il a été pressé entre deux wagons; le choc qu'il a reçu est considérable. Il a été porté à l'hôpital, la marche étant impossible. La région lombaire droite, le flanc et toute la hanche présentent un gonflement notable. Une pression modérée éveille d'assez vives douleurs pour faire craindre quelque fracture du bassin, mais on s'abstient de recherches inutiles qui n'auraient d'autre résultat que d'augmenter les souffrances. On constate dans les parties contuses une fluctuation évidente, quoique profonde, surtout à la fesse. Le malade ne peut faire de mouvements sans souffrir; couché sur le côté gauche et le membre abdominal dans la demi-flexion, il éprouve encore des douleurs assez vives et lancinantes. La nuit a été agitée et sans sommeil.

Le 12 juin, une seule ponction est pratiquée avec un trocart explorateur, dans la région lombaire à quatre centimètres en dehors de la ligne médiane. Le liquide sort mal par la canule. Il s'en écoule environ 50 grammes. Il est d'un rouge brun, un peu plus visqueux que le sang veineux dont il rappelle les caractères. Par le repos, il se sépare en deux parties dont le caillot représente environ le quart. — Cataplasmes.

Le 13 juin, la piqûre de la veille est fermée. La tension et les douleurs sont les mêmes. Une ponction faite avec le trocart explorateur donne issue à la même quantité de liquide présentant les mêmes caractères. — Cataplasmes.

Le 14 juin, l'état du malade est le même ; une nouvelle ponction avec le trocart explorateur donne 60 grammes du même liquide. Il résulte d'une analyse succincte faite par M. Ducom, que ce liquide très séreux contient des globules assez rares, la plupart altérés. La fibrine est sept fois moins considérable qu'à l'état normal.

Le 15 juin, les symptômes sont les mêmes. La tension et les douleurs sont surtout remarquables. Les traces jaunâtres de l'épanchement s'étendent jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. Trois ponctions, pratiquées à la région lombaire avec la tige d'un trocart explorateur, donnent issue à 80 grammes d'un liquide un peu moins coloré que la veille, et qui, par sa couleur sanieuse, semble plus altéré. Il s'écoule en bavant, mais si l'on presse sur la tumeur, il sort en jet comme le sang d'une saignée. — Cataplasmes.

Le 16 juin, trois nouvelles piqûres donnent issue à 60 grammes d'un liquide présentant les mêmes caractères, et s'écoulant tantôt en bavant, tantôt en jet ; malgré son apparence sanieuse il ne présente sous le microscope aucun globule purulent.

Le 17 juin, l'état du malade est à peu près le même. Deux ponctions donnent 100 grammes de liquide. — Cataplasmes.

Le 18 juin, douleurs beaucoup moins vives ; tension à peu près la même. Trois piqûres fournissent 100 grammes de liquide ayant à peu près les mêmes caractères que celui des jours précédents. — Cataplasmes.

Les 19, 20 et 21 juin, on fait chaque jour trois ponctions, et chaque évacuation donne de 90 à 95 grammes de liquide.

Le 22 juin, les douleurs, qui ont été en diminuant, sont presque nulles ; la tension des parties est aussi bien moindre. Deux ponctions donnent 40 grammes d'un liquide plus séreux. Le nombre des globules diminue notablement ; ils sont devenus très rares et sont toujours altérés. — Cataplasmes.

Le 23 juin, même état. Deux ponctions ; issue de 60 grammes de liquide plus séreux. Le gonflement de la hanche a diminué d'une manière très remarquable. On n'y sent plus de fluctuation depuis plusieurs jours, et la tension est peu marquée. La fluctuation est circonscrite dans la région lombaire dont la peau semble être amincie.

Le 24 juin, deux ponctions ; issue de 25 grammes de liquide.

Le 25 juin, deux ponctions ; issue de 15 grammes de liquide.

Le 26 juin, trois ponctions ; sortie 25 grammes de liquide.

Le 27 juin, la fluctuation semble plus large, et trois ponctions donnent 75 grammes de liquide très séreux, mais toujours coloré en rouge brun et semblable à un ichor sanieux. On prescrit de soutenir le cataplasme par une bande assez serrée pour exercer un peu de compression, malgré la difficulté qu'on éprouve à bien appliquer un bandage dans cette région.

Le 28 juin, deux ponctions donnent 20 grammes de liquide.

Le 29 juin, deux ponctions fournissent à peine 10 grammes de liquide.

Le 30 juin, on ne trouve plus de point fluctuant. Deux ponctions donnent quelques gouttes de sérosité mêlée de sang provenant des téguments. Il ne reste d'autres traces des ponctions qu'une vingtaine de petits points bruns. Le malade qui se lève depuis huit jours, reste encore dans les salles jusqu'au 1er juillet, et sort complétement guéri après dix-huit jours de traitement.

HUITIÈME OBSERVATION.

Contusion violente de l'épaule gauche. — Fracture de l'omoplate. — Épanchement de sang considérable. — Ponctions capillaires. — Guérison en quinze jours.

Oriac (Antoine), âgé de trente-six ans, est entré le 16 juin 1856, à l'hôpital Lariboisière. Il venait d'être pris entre deux wagons. La douleur qu'il éprouva fut des plus vives, sans qu'il perdît connaissance. Il fut apporté à l'hôpital, ne pouvant se soutenir. La contusion avait porté sur toute la partie gauche et supérieure de la poitrine. Toute cette région présentait un gonflement considérable, sans changement de couleur à la peau, ce qui indiquait un épanchement de sang profondément situé. Vers le milieu du bord spinal de l'omoplate, il y avait une petite plaie d'un centimètre, irrégulière et par laquelle il s'écoula, jusqu'au lendemain matin, une quantité de sang assez grande. Deux alèses et d'autres linges placés sous le malade en étaient tout imbibés. Il y avait lieu de soupçonner une fracture de l'omoplate, mais les douleurs qu'éveillaient les moindres recherches et le gonflement considérable des parties firent qu'on s'abstint de tout examen.

Le 17 juin, je trouve le malade très abattu. Le gonflement s'est étendu à l'épaule, à l'aisselle et au bras. La petite plaie donne toujours du sang, on la ferme avec du diachylum.— Cataplasmes. Limonade. Julep diacodé. Bouillons.

Le 18 juin, dans la soirée d'hier, l'état du malade s'est rapidement aggravé : il a été pris de vomissements opiniâtres et de fièvre. La nuit a été mauvaise, sans sommeil. Ce matin, il a eu quelques frissons ; la fièvre est forte, le visage altéré, mais les vomissements ont cessé. Malgré l'emplâtre, il s'est écoulé par la petite plaie une assez grande quantité de liquide sanieux. La tension des parties contuses est très grande et le toucher est très douloureux. — Cataplasmes. Saignée de quatre palettes. Tisane sucrée. Julep avec 5 centigrames d'hydrochlorate de morphine. Bouillons.

Le 19 juin, l'état général est le même ; l'abattement est encore plus marqué. La coloration violacée qui commençait à apparaître s'étend jusqu'à la région lombaire, à la partie interne du bras et de l'avant-bras ; l'avant-bras et la main sont œdémateux. Il s'écoule par la petite plaie un liquide sanieux qui fait craindre que les parties profondes envahies par le sang ne suppurent ; on la ferme avec le plus grand soin au moyen de plusieurs disques de diachylum. — Cataplasmes. Tisane sucrée. Julep avec 0,05 de morphine. Bouillons.

Le 20 juin, les symptômes généraux sont aussi graves. La face est jaune et profondément altérée. Le pouls donne 120 pulsations ; la langue est sèche et la soif

vive. Dans la soirée de la veille, il y a eu un frisson assez fort. L'état du malade est évidemment très grave. — Huile de ricin 30 grammes. Cataplasmes. Tisane sucrée. Julep diacode. Bouillons.

Le 21 juin, il y a eu plusieurs selles, la nuit a été moins mauvaise. La fièvre est moins forte; cependant le mieux est peu sensible. Il s'écoule par la petite plaie une sanie purulente en médiocre quantité. — Même prescription excepté le purgatif.

Le 22 juin, état général meilleur. Il n'y a plus eu de frissons. Le liquide qui sort par la plaie a été assez abondant pendant la nuit; c'est une sanie mêlée de pus. Il devient dès lors inutile de fermer la plaie, mais on continue l'usage des cataplasmes. Le toucher est moins douloureux, et un examen attentif permet de constater une fluctuation profonde surtout vers le bord postérieur de l'aisselle.

Le 23 juin, l'amélioration persiste et le malade commence à avoir de l'appétit; on lui donne une portion. Le liquide qui s'écoule par la plaie est plus séreux, mais encore purulent.

Le 24 juin, même état général. L'ecchymose des parties contuses est devenue d'un violet foncé au bas des reins et sur le bras. Vers le bord postérieur de l'aisselle et au-dessous de l'épine de l'omoplate, la peau n'a pas changé de couleur et cependant je constate dans ce point une fluctuation manifeste. Cet épanchement ne communique pas avec la petite plaie dont j'ai parlé; du moins une pression assez forte ne fait pas refluer le liquide par la plaie. Une ponction faite avec la tige d'un trocart explorateur donne trois cuillerées à bouche d'un liquide brun qui sort en jet. L'épaisseur de tissus qu'il a fallu traverser est estimée à 2 centimètres au moins. — Même prescription. Cataplasmes.

Jusqu'au 27 juin, il n'y a rien de particulier. Ce même jour on fait une ponction qui donne la même quantité de liquide que la première fois.

Le 28 juin : aujourd'hui la fluctuation est plus manifeste. Trois ponctions capillaires sont pratiquées et il s'écoule en jet 80 grammes de sérosité brune, visqueuse. Ce liquide laisse déposer au fond du verre une partie épaisse, visqueuse, mélangée de pus. Ce dépôt n'a pas la forme d'un caillot. Examiné au microscope on n'y trouve que des globules de sang assez rares et altérés, des globules de pus assez nombreux. — Deux ponctions. Cataplasmes.

Le 29 juin, deux ponctions donnent issue à 70 grammes de liquide présentant les mêmes caractères que la veille. Le pus est assez abondant pour qu'il se dépose au fond du verre, sur ses parois et soit très aisément appréciable à la vue. L'examen fait par M. Ducom montre que ce liquide ne contient pas de fibrine. Les douleurs du malade sont beaucoup moindres; la tension des parties a notablement diminué et la petite plaie est fermée.

Le 30 juin, trois ponctions; issue de 100 grammes de liquide semblable à celui de la veille et s'écoulant en jet.

Le 1er juillet, deux ponctions donnent 90 grammes de liquide qui a les mêmes caractères et sort de même.

Le 2 juillet, deux ponctions fournissent 90 grammes de liquide plus séreux que celui des jours précédents.

Le 3 juillet, quatre ponctions donnent issue à 40 grammes de liquide. Il est vrai qu'on presse moins sur les parties.

Le 4 juillet, deux ponctions; sortie de 30 grammes de liquide qui prend un caractère de plus en plus séreux. On n'y trouve plus que de très rares globules de sang altérés sans globules de pus.

Le 5 juillet, deux ponctions; issue de 25 grammes de liquide.

Tous les jours suivants, jusqu'au 10, on fait une ou deux ponctions chaque matin. La quantité de liquide est de quelques grammes. La tension n'existe plus, et une pression assez forte n'éveille point de douleurs depuis longtemps. Après chacune des ponctions qui fournissaient une quantité de liquide considérable, on sentait avec les doigts une cavité profonde là où nous avons dit que la fluctuation existait; aujourd'hui c'est à peine si on constate une légère dépression. La quantité de liquide, si on tient un peu compte de celui qui s'écoulait par les piqûres sans être recueilli, doit être évaluée au moins à 1600 grammes.

NEUVIÈME OBSERVATION.

Épanchement de sang considérable à la partie supérieure de la cuisse gauche. — Ponctions capillaires. — Guérison.

Foulon (Louis), cocher, âgé de cinquante et un ans, est entré à l'hôpital Lariboisière, le 27 juillet 1856. La veille au soir, voulant monter sur l'impériale d'une voiture, il tomba et une des roues lui passa sur la cuisse gauche. Il ne put se relever et fut porté dans une maison voisine. Le 27, il était dans l'état suivant : le membre abdominal gauche présente quelques excoriations légères; il est notablement plus gros que le droit. La peau est tendue mais elle a peu changé de couleur. Le malade ne peut, qu'avec la plus grande peine, imprimer quelques mouvements au membre malade. L'état général est excellent. On se borne à couvrir la cuisse contuse d'un cataplasme.

Le 1er août, l'aspect du membre est complétement changé. Une ecchymose d'un brun foncé s'étend depuis le bassin jusqu'au milieu de la jambe gauche; elle est surtout prononcée à la face interne du membre. Le gonflement est toujours très marqué. A deux travers de doigt au-dessous du ligament de Fallope, la mensuration donne:

Pour la cuisse droite	53	centimètres.
Pour la cuisse gauche	65	»
Et à la partie moyenne pour la cuisse droite .	44	»
— — pour la cuisse gauche .	60	»

Le gonflement offre au doigt une certaine résistance. Les jours précédents on ne trouvait aucune collection de sang; aujourd'hui, pour la première fois, il existe au niveau du triangle de Scarpa une fluctuation manifeste, quoique les tissus présentent encore une certaine épaisseur.

Le 3 août, la collection du sang devient de plus en plus prononcée, et se dessine sous forme de tumeur aplatie. La poche contient un liquide qui ne semble pas la remplir tout entière. Une ponction faite avec la tige d'un trocart explorateur fournit en quelques instants 100 grammes d'un liquide clair et rouge. On aurait pu en obtenir davantage mais on s'abstient de presser sur la tumeur. Le lendemain on examine ce liquide qui avait été recueilli dans deux verres. Dans le premier, le liquide est séparé en deux parties assez distinctes : une sérosité verdâtre forme la couche la plus superficielle et le caillot mou, noirâtre, représentant environ le cinquième de la masse du liquide, occupe le fond du vase. Dans le second verre, le caillot n'est plus ramassé en masse ; il est divisé et représente une poussière rouge suspendue dans une trame légère comme une dentelle. En détachant cette trame qui est adherente au verre, à la surface du liquide, on la voit tomber doucement et se condenser après quelques temps en un caillot très mou. Le liquide verdâtre qu'on prendrait à première vue pour de la sérosité pure, contient encore, à l'examen microscopique, un assez grand nombre de globules de sang.

Le 6 août, le malade est présenté à la Société de chirurgie. La tumeur forme à la partie interne de la cuisse un relief considérable. Deux ponctions faites avec la tige d'un trocart explorateur très petit, donnent seulement quelques gouttes de sang. Une troisième ponction permet au liquide de s'écouler en jet comme dans une saignée. Sur la demande de M. Hervez de Chégoin, une autre ponction est faite avec le trocart complet, tige et canule, et le liquide s'écoule également. Ce liquide, qui paraît assez peu coloré en sortant, est très brun quand il est recueilli dans un vase, beaucoup plus brun que le 3 août. Il s'en écoule environ 200 grammes. Mais pendant le retour du malade à l'hôpital, la piqûre faite avec le trocart complet a laissé couler une assez grande quantité de liquide. Les compresses épaisses qui recouvraient la cuisse, la chemise, le pantalon en sont imbibés. Le soir, vers les dix heures, cette piqûre en fournissait encore.

Le 7 août, la poche est affaisée, on s'abstient de faire des ponctions.

Le 8 août, trois piqûres sont pratiquées, deux avec la tige seule du trocart, une avec le trocart complet. Le malade dit, de lui-même, que cette dernière a été plus douloureuse que la première. Il s'écoule 180 grammes de liquide rosé. Le toucher permet de constater à la place de la tumeur un fond inégal, circonscrit par des bords durs et saillants. Le gonflement des parties voisines est moindre, et la partie supérieure de la cuisse, qui donnait 65 centimètres de circonférence, n'en a plus que 56.

Le 9 août, une seule piqûre pratiquée avec la tige du trocart fournit 60 grammes de liquide qui s'échappe en jet.

Le 10. — Une piqûre donne 40 grammes.

Le 11. — Une piqûre donne 35 grammes.

Le 13. — Une piqûre avec le trocart complet donne 50 grammes de liquide qui, en sortant, ne semble point coloré. Cependant, si on l'examine au microscope, on voit qu'il contient encore un assez bon nombre de globules sanguins dont beaucoup sont décolorés et quelques-uns altérés dans leur forme. Le malade dit qu'il se trouve parfaitement bien et se remue dans le lit avec facilité. — Il a même mar-

ché la veille dans la salle. La cuisse mesurée à la partie supérieure est plus grosse que la cuisse droite d'un centimètre seulement.

Le 15.— Une ponction avec la tige du trocart fournit 35 grammes de liquide sortant en jet.

Les 17, 19, 21, 23. —On fait chaque jour une piqûre qui fournit environ une cuillerée de liquide incolore qui contient encore des globules sanguins, la plupart décolorés. Le membre a repris son volume et sa forme; il ne diffère en rien du membre sain. Cependant, à la place qu'occupait la tumeur, on sent une sorte de plaque épaisse. On dirait que le foyer est occupé par une sécrétion plastique qui n'est bien sensible que depuis quelques jours. On applique sur ce point une compression et le 27 on ne constate plus qu'une induration insignifiante. Le malade sort à la fin d'août très bien portant et va reprendre son état de cocher.

DIXIÈME OBSERVATION.

Fracture de rotule avec épanchement de sang notable. — Une seule pontion capillaire.

Dériveteau (Félix), est entré à l'hôpital Lariboisière le 6 février 1857. Il a une fracture transversale de la rotule droite avec écartement d'un centimètre. Au-devant de la rotule, existe un épanchement de sang qui déborde cet os de tous les côtés et dont le volume égale celui du poing. Le membre est simplement placé dans l'extension; le genou est enveloppé d'un large cataplasme. Tout se passe bien pendant cinq jours. Alors le malade se plaignit d'une tension douloureuse au-devant du genou; il avait passé une nuit sans sommeil. En effet, la peau du genou était tendue, d'un rouge sombre, très douloureuse au toucher et tout devait faire craindre un abcès. Avec la tige d'un trocart explorateur, je fis une ponction sur le milieu de la tumeur. Par l'étroite piqûre il sortit huit cuillerées à bouche d'un sang brun mélangé de stries purulentes. Le liquide, ayant été recueilli dans un verre donna un dépôt blanchâtre qui était évidemment du pus. L'examen microscopique ne laissa aucun doute à cet égard. On continua l'usage des cataplasmes. Le lendemain, le malade dit avoir bien dormi. Le genou a changé complétement d'aspect. Il n'est plus douloureux même au toucher. Je m'attendais à trouver l'épanchement en partie reproduit; il n'en est rien. On sent une sorte d'empâtement sans aucune fluctuation. Un mois s'est écoulé depuis cette époque et rien n'est survenu de nouveau. Trois mois après, je l'ai revu parfaitement guéri.

ONZIÈME OBSERVATION.

Épanchement sanguin dans l'épaisseur de la cuisse. — Guérison après six ponctions capillaires.

Brière (Louis), charretier, âgé de vingt ans a été renversé par un laquet lourdement chargé, le 11 janvier. La roue lui a passé sur la partie moyenne et antérieure de la cuisse droite. Il ne pouvait se tenir sur les jambes et il a été apporté à l'hôpital Lariboisière.

Le jour de son entrée, on constate une contusion énorme de toute la cuisse droite qui présente, en avant, une ecchymose noirâtre très marquée. Le membre est très tuméfié ; à la partie supérieure, il a 11 centimètres de circonférence de plus que du côté sain et, en bas, 4 centimètres seulement. Nulle part il n'y a de fluctuation ; seulement à la partie moyenne et antérieure de la cuisse on trouve un sillon profond dirigé obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, large de cinq travers de doigt, indiquant le passage de la roue. Il semblerait au premier abord que les parties ont été profondément divisées.

Le malade se plaint d'un sentiment de tension très douloureuse ; il est pâle, abattu, très souffrant. Le pouls est faible, donnant quatre-vingt-seize pulsations à la minute.

Le lendemain, le pouls est relevé, plein, donnant cent quatre pulsations. On prescrit une saignée de 300 grammes, de l'orangeade et des cataplasmes sur la cuisse.

Jusqu'au 19, on n'emploie pas d'autre traitement que le repos et des cataplasmes sur la cuisse. L'ecchymose est plus prononcée et s'étend du ligament de Fallope jusqu'au genou. Depuis quelques jours, il y a de la fluctuation dans toute la longueur du sillon qui a été noté. Dans deux points qui ont l'étendue d'une pièce de 2 francs, la peau est amincie, jaunâtre, sèche et comme parcheminée. On a tout lieu de craindre, dans ces points, une ouverture spontanée et cela décide à pratiquer des ponctions. Deux fois on enfonce la tige du trocart explorateur dans le foyer, où il pénètre sans résistance jusqu'à 7 centimètres. Par les piqûres, il s'écoule 150 grammes d'un liquide noir, au milieu duquel on distingue quelques filets de pus ; comme ce liquide sort lentement, on n'en recueille pas davantage, mais la quantité qui s'écoule est si considérable que le cataplasme, les deux alèzes et le matelas en sont traversés. Ce liquide se sépare, dans le verre à expérience, en un caillot mou, noir dans sa plus grande portion, et rouge à sa superficie, représentant le sixième de la masse totale recueillie. Le liquide qui surnage est noir, un peu visqueux ; examiné au microscope, il ne contient pas de globules de sang. Le caillot contient seulement des globules de sang un peu déformés et des globules de pus assez abondants.

Le 20, on pratique encore deux ponctions dont l'une permet au liquide de s'écouler en jet comme celui d'une saignée. Le liquide se comporte comme celui de la veille et donne les mêmes résultats microscopiques. On en avait recueilli 200 grammes, mais, comme la première fois, il s'en écoule dans les linges qui enveloppent le membre une quantité considérable. Le malade accuse un très grand soulagement.

Le 21, le membre malade mesuré est plus gros que le membre sain de 4 centimètres seulement en haut et de 3 centimètres en bas.

Le 24 et le 26, on fait une ponction qui donne issue seulement à 100 grammes de liquide plus fluide, mais aussi coloré que les jours précédents. On aurait pu en recueillir davantage ; on le laisse couler dans les linges. Ce liquide reposé donne un dépôt noir qui n'est pas pris en caillot. Il est composé de globules déchiquetés sur les bords mais on ne trouve plus de traces de pus. Le liquide noir qui surnage ne présente aucun globule.

Le 28, une ponction donne 30 grammes de liquide ayant les mêmes caractères.

Le 29, on fait une dernière ponction qui fournit à peine une cuillerée de liquide moins coloré et surtout plus fluide. Le membre mesuré n'est plus gros que l'autre que de 2 centimètres en haut et d'un seul en bas. Dans les points où on a noté un amincissement très grand de la peau, on constate des tissus épais et un peu indurés. Les téguments ont encore une teinte ecchymotique.

Le 4 février, le malade, qui marche sans la moindre gêne depuis plusieurs jours, quitte l'hôpital, étant parfaitement guéri.

DOUZIÈME OBSERVATION.

Épanchement sanguin considérable. Guérison après dix ponctions capillaires.

Marcy, âgé de trente-quatre ans, charretier, occupé à des travaux de construction, fut obligé de passer sous une grue qui élevait une pierre. En ce moment, la pierre qui était énorme, s'échappa des cordes qui l'entouraient et tomba d'une hauteur de 7 mètres. Dans sa chute, elle frôla le dos du sieur Mercy qu'elle renversa. Cet ouvrier ne put se relever et il fallut le transporter à l'hôpital Lariboisière.

Le lendemain de l'accident, 22 mai, il est dans l'état suivant : Les mouvements des membres sont libres, mais ceux des membres inférieurs déterminent une douleur assez vive dans la région lombaire. C'est cette partie du corps qui a été contuse. On y trouve une écorchure insignifiante de quelques centimètres. La pression sur cette région est très douloureuse ; le malade ne peut se retourner qu'avec peine. Bien qu'il existe une contusion profonde et une notable quantité de sang épanché qui se traduit déjà par une ecchymose assez large, on ne trouve nulle part de fluctuation (dix ventouses scarifiées aux lombes, cataplasmes émollients, tisane sucrée, bouillons).

Le 24 mai, six ventouses scarifiées, cataplasmes, deux portions ; on continue les émollients locaux jusqu'au 27 sans nouvelle émission sanguine.

Le 27 mai, les ecchymoses sont plus marquées que les jours précédents. Il existe, en outre, une tuméfaction prononcée dans la région lombaire : elle est due à une quantité assez grande de liquide épanché sous la peau qui est légèrement décollée. En faisant changer la position du malade, ce liquide se déplace de lui-même et se porte vers la partie la plus déclive de la poche. Le décollement de la peau s'étend de la septième vertèbre dorsale à toute la région lombaire, surtout à gauche. Il a environ 35 centimètres de haut et 25 de large.

Le 29 mai, trois ponctions sont faites avec la tige d'un trocart explorateur (1 millimètre 2/3 de diamètre) ; on a été obligé de traverser une peau assez épaisse. Il s'écoule 60 grammes d'un liquide brun, semblable à du sang veineux ; comme il sort lentement on le laisse couler dans des linges qui en ont été tout imbibés. La quantité est assez grande mais il est difficile de l'évaluer. (On continue l'emploi des cataplasmes.)

Le liquide s'est comporté à peu de chose près comme le sang d'une saignée. Un caillot représentant le sixième du liquide occupe le fond du verre ; la sérosité qui surnage est d'un vert pâle.

Le 31 mai, on retire 90 grammes de liquide par une piqûre faite avec la tige du trocart, et une autre quantité égale par une ponction pratiquée avec le trocart muni de sa canule, afin d'avoir le liquide de la poche sans mélange du sang qui peut provenir de la piqûre de la peau. L'écoulement se fait bien par la canule; pourtant il s'est arrêté un instant et de l'air a pénétré dans le foyer au moment où la pression exercée par les mains sur la poche a été un peu moindre. Le liquide s'est comporté dans les deux verres de la même façon; au lieu d'un caillot compacte on trouve suspendue, dans la sérosité, une trame légère, rouge, qui n'est autre chose que le caillot divisé en une sorte de dentelle. Il suffit de détacher des bords du verre les parties qui y adhèrent, pour voir cette trame descendre peu à peu et se condenser au fond du vase.

Le 2 juin, on n'ose plus ponctionner la tumeur avec la tige du trocart munie de sa canule, à cause de l'accident des jours précédents et des douleurs que le malade dit avoir éprouvées depuis vingt-quatre heures, malgré l'emploi des cataplasmes. Une seule ponction est faite avec la tige, et on recueille 80 grammes de liquide d'une couleur moins franche que celui des jours précédents. Ce liquide s'est divisé en trois parties bien distinctes. L'une, qui occupe le fond du verre, a 4 millimètres d'épaisseur; elle est d'un jaune sale; c'est du pus. La seconde, qui a 3 millimètres d'épaisseur, est formée par un caillot noirâtre. La couche la plus superficielle est composée d'une sérosité jaunâtre.

Le 5 juin, ponction avec la tige du trocart. Le liquide sort très difficilement; on ajoute la canule pour une autre ponction et on obtient un liquide plus épais que d'ordinaire, mélangé de traînées de pus. On aurait pu prévoir ce résultat aux douleurs éprouvées la veille par le malade. 300 grammes de liquide avaient été extraits. Recueilli dans deux verres à pied, à forme conique, il se décompose en une couche de pus de 2 centimètres, un caillot d'un centimètre et le reste de sérosité (on a toujours continué les cataplasmes).

Le 7 juin, ponctions avec le trocart complet. Il s'écoule par la canule 150 grammes d'un liquide moins épais que celui de la veille. La couche de pus est aussi de moitié moindre.

Le 8 juin, on se sert de la tige seule. Le liquide sort en jet pour la première fois. Il est beaucoup plus clair; on en retire 100 grammes. Le lendemain, on retrouve encore au fond du verre quelques traces de pus.

Le 9 juin, les téguments sont recollés dans une grande étendue et la poche n'occupe plus que l'espace de quelques centimètres. Une ponction pratiquée avec la tige du trocart fournit un liquide à peine coloré qu'on ne recueille pas à cause d'un filet de sang qui provient de la piqûre de la peau.

Le 12 juin, ponction avec la tige du trocart. 100 grammes de liquide peu coloré, caillot en dentelle à larges mailles.

Le 15 juin, ponction avec la tige du trocart. 40 grammes de sérosité et à peine un léger dépôt de globules le lendemain.

Le 16 juin, il ne s'est plus reproduit de liquide.

J'aurais pu, Messieurs, vous rapporter un plus grand nombre de faits, si je n'avais craint d'abuser de vos instants. Les premiers cas d'épanchement de sang que j'ai ponctionnés ayant été accompagnés de quelques tâtonnements dans le traitement, me serviront seulement à préciser, autant que possible, la manière dont il faut employer les ponctions capillaires; et j'ai mieux aimé vous présenter des cas plus récents et plus complets recueillis par les internes de mon service à l'hôpital Lariboisière.

Dans la première observation de ce travail, vous avez vu que je me suis servi d'une aiguille à coudre ayant deux tiers de millimètre de diamètre. La piqûre, dont il ne restait plus la moindre trace le lendemain, suffit parfaitement à la sortie du liquide épanché. Plusieurs fois encore j'ai employé des aiguilles de grosseur variable avec le même succès. Ce petit instrument a l'avantage de pénétrer dans les tissus en les écartant, sans les diviser, et ne produit point de douleur ; mais il a l'inconvénient de faire une ouverture trop petite, revenant très vite sur elle-même et ne donnant pas toujours une issue facile aux liquides. Aussi, ne faut-il s'en servir que dans quelques cas exceptionnels où l'épanchement est peu considérable, la peau très amincie et quand on a lieu de croire que le liquide à évacuer est très ténu.

Je préfère aux aiguilles la tige d'un trocart explorateur dont le diamètre est d'un millimètre ou d'un millimètre et demi. Comme on le voit, cet instrument n'est pas plus gros qu'une forte aiguille, mais sa pointe, coupante sur trois angles, n'écarte plus seulement les tissus; elle les divise. Il y a une plaie de la peau, mais cette plaie est si étroite qu'elle ne saurait donner le moindre accès à l'air, et que sa trace est à peine visible le lendemain. Plus d'une fois, je me suis servi du trocart explorateur complet et voici ce que j'ai remarqué : la canule longue ne permet pas au liquide de sortir facilement quand il est épais, ce qui se ren-

contre assez souvent dans les épanchements de sang peu considérables; la piqûre est plus douloureuse et la plaie de la peau est moins nette, car les bords de la canule déchirent toujours un peu les tissus. Cette circonstance n'est pas sans importance quand on songe qu'on doit souvent renouveler les ponctions et qu'il faut prévenir avec un très grand soin l'inflammation de la peau. La canule a, en outre, l'inconvénient de permettre l'entrée de l'air lors des mouvements d'abaissement et de soulèvement des parois de la poche quand, par des pressions réitérées, on veut faire sortir les derniers restes du liquide qu'elle contient. Cependant, je ne crois pas qu'on doive repousser complétement le trocart explorateur muni de sa canule. Il peut être utile quand la couche de tissus à traverser est très épaisse. En tout cas, je crois qu'on ne devrait y recourir qu'après avoir essayé les ponctions avec la tige seule.

Le point dans lequel on enfoncera l'instrument n'est pas indifférent. On évitera les endroits où la peau sera amincie, rouge, enflammée; autrement les piqûres pourraient devenir fistuleuses, ce qui ne serait pas sans danger, surtout dans les épanchements considérables.

Il ne faut pas non plus ponctionner la poche trop près de sa base, là où les tissus ont une grande épaisseur, parce que la sortie des liquides serait moins facile. On choisira, autant que possible, un point où la fluctuation sera manifeste, la peau saine et la couche de tissus à traverser peu épaisse. Tandis que d'une main on exerce sur la poche une douce pression pour tendre les parties et faire refluer les liquides vers un point donné, de l'autre on enfonce l'instrument perpendiculairement à la peau. Il faut avoir soin en le retirant de ne pas déplacer la peau, ce qui changerait la direction du trajet de la petite plaie. Une ponction oblique ne permettrait qu'avec peine l'écoulement du sang et n'aurait aucun avantage. Dans quelques cas où l'épanche-

ment siége sur le trajet de gros vaisseaux, il est bon de limiter avec les doigts la longueur de l'instrument qui doit pénétrer dans les tissus.

L'époque à laquelle il convient de ponctionner un épanchement de sang est assez variable. En général, il est avantageux d'attendre que la tumeur soit bien dessinée et la fluctuation manifeste. A mesure que l'on s'éloigne du moment de l'accident, la séparation des principaux éléments du sang s'opère d'une manière plus complète. Les parties solides se déposent sur les parois profondes du foyer et s'y fixent de plus en plus, la sérosité devient plus ténue, et la peau s'amincit dans quelques points; les tissus se remettent de la contusion profonde qu'ils ont subie, et on se trouve dans les conditions les plus favorables à l'évacuation facile et rapide des liquides. Cependant, si, par suite de la violence de la contusion, la peau était fortement distendue, amincie, et qu'on eût lieu de craindre l'ouverture spontanée du foyer, il faudrait le ponctionner de suite, en observant les précautions que j'ai indiquées. La déplétion de la poche est le meilleur moyen d'en prévenir l'inflammation.

En général, trois ou quatre piqûres et quelquefois une seule suffisent pour vider une tumeur même volumineuse. Dans les premiers temps, j'en faisais un plus grand nombre et parfois une dizaine, mais je ne retirais de cette pratique que le mince avantage de vider rapidement la poche et j'augmentais, sans nécessité, les chances d'inflammation. Pour éviter ce dernier inconvénient, il m'est arrivé de mettre deux jours d'intervalle entre chaque opération. Je me suis trouvé assez bien de cette pratique, dans les cas d'épanchement considérable compliqué de contusion profonde. J'évite toujours avec le plus grand soin d'enfoncer la tige du trocart dans une des anciennes piqûres. Ce serait courir le risque d'irriter cette petite plaie, de la faire suppurer et de déterminer secondairement l'inflammation de la poche.

Le liquide s'écoule ordinairement comme par des piqûres de sangsues, on a besoin d'aider sa sortie en exerçant une pression modérée sur la tumeur. D'autres fois il s'écoule en bavant ou s'échappe en un jet aussi régulier que celui d'une saignée, et il suffit de comprimer légèrement la poche pour la vider complétement. Ces différences dépendent de la consistance des liquides, de l'épaisseur des parois de la poche, de la direction de la piqûre, de la finesse de l'instrument, mais dans tous les cas on parvient à évacuer le sang épanché.

Le liquide qui sort par les piqûres n'a pas toujours les mêmes caractères. Dans les petits épanchements, c'est souvent du sang noir, épais, semblable à de la gelée de groseille. Dans les épanchements considérables, il est constamment assez fluide, mais tantôt il est noirâtre et visqueux, tantôt rosé et assez clair. Après quelques ponctions ses caractères sont plus ou moins modifiés. Ainsi j'ai vu une première ponction donner du sang noir, à demi-coagulé, qui ne sortait par les piqûres qu'avec difficulté, tandis que les autres ponctions fournissaient un liquide noirâtre, fluide, de consistance presque séreuse. Dans certains foyers, d'où je n'avais pas retiré une quantité de liquide en rapport avec leur volume, j'ai trouvé des caillots qu'il était facile d'écraser et de faire filer sous les doigts ; ces caillots ne persistaient pas longtemps. Une fois la poche à demi vidée, ils étaient rapidement dissous par l'abord d'une nouvelle quantité de sérosité, peut-être aussi résorbés en partie. Car il est pour moi incontestable que les ponctions capillaires, sans déterminer une inflammation appréciable dans la poche, peuvent modifier le mode de vitalité de ses parois et activer le travail de résorption.

Lorsqu'un épanchement considérable est ponctionné peu de temps après l'accident qui l'a produit, le liquide recueilli dans un verre laisse toujours déposer un caillot dont le volume est assez variable. Tantôt il se forme au fond du verre, tantôt il est

suspendu au milieu de la sérosité comme un flocon rouge et tremblotant. Dans deux cas, j'ai vu le caillot divisé à l'infini et disséminé dans la sérosité sous la forme d'une dentelle rouge. C'est que la fibrine, adhérant aux parois du verre, au niveau de la surface du liquide, avait formé une trame légère dans laquelle les globules sanguins réunis en petits groupes étaient suspendus. Il suffisait de détruire ces adhérences pour que la trame fibrineuse revenant sur elle-même descendît au fond du vase sous forme de caillot mou. Quand l'épanchement date de quelque temps le liquide évacué donne plutôt un dépôt de globules sanguins qu'un véritable caillot.

Le liquide examiné au microscope se présente sous des aspects assez divers. Le plus souvent il contient des globules de sang très réguliers et en assez grand nombre; cela arrive surtout dans les épanchements récents. Après quelques ponctions, le nombre des globules de sang diminue, bien que le liquide garde en grande partie sa couleur. Dans certains cas où la contusion a été profonde, et quand on ne ponctionne la poche qu'après sept ou huit jours, on obtient le plus souvent un liquide noirâtre qui ne contient pas autant de globules qu'on aurait pu le croire et beaucoup de ces globules sont déformés. Chez une femme portant à la région lombaire une tumeur sanguine du volume du poing, datant d'un mois, une ponction fournit du liquide noir en petite quantité, car la tumeur était surtout formée par des caillots, et, dans ce liquide fortement coloré, je n'ai pas rencontré de globules sanguins.

Pour moi, tout épanchement produit par une contusion est un épanchement sanguin. Il peut s'y ajouter du liquide provenant des vaisseaux lymphatiques déchirés, de la lymphe plastique sécrétée par les parois de la poche, car il existe dans le tissu cellulaire une *véritable plaie sous-cutanée*, mais ces éléments ne sont qu'accessoires et le sang constitue presque à lui seul l'épan-

chement. Ce que je dis, ici, ne serait qu'une assertion sans valeur si je n'expliquais comment le liquide qu'on obtient par la ponction contient tantôt un caillot, tantôt un simple dépôt rougeâtre ou brun, comment, dans le champ du microscope, il présente des globules de sang intacts ou altérés, rares ou nombreux, comment, enfin, il est quelquefois réduit à une sérosité visqueuse, colorée et ne contenant aucun globule sanguin.

Pour qu'on rencontre un caillot, il faut que le liquide évacué contienne une certaine quantité de fibrine. Aussi, a-t-on d'autant plus de chance d'en avoir qu'on a ponctionné un épanchement plus récent. Après un certain temps, bien que le liquide soit encore coloré, il peut ne donner qu'un simple dépôt. C'est que le sang d'un épanchement, sans se comporter exactement comme celui d'une saignée, parce qu'il est soumis à certains mouvements et à une influence vitale, finit par se séparer en deux parties, la sérosité et le caillot. La fibrine, entraînant avec elle une grande partie des globules de sang, se dépose sur les parois de la poche, s'y fixe et alors vous n'aurez plus par une ponction qu'un liquide sans caillot. On obtiendra pourtant un dépôt sanguin d'épaisseur variable, parce que, dans la sérosité évacuée, nagent encore un certain nombre de globules échappés des mailles de la fibrine.

Dans d'autres circonstances le caillot manquera par une cause très différente. C'est quand il y aura une contusion profonde des tissus et que l'inflammation se sera développée à un certain degré dans la poche, ce que l'on reconnaîtra à la tension, à la chaleur des parties, aux douleurs éprouvées par le malade. Alors on ne trouvera plus de fibrine, parce qu'elle aura été transformée en une matière albuminoïde devenue soluble dans la sérosité. Avec le microscope on ne verra plus que de rares globules de sang, la plupart altérés, et des globulins, parce que la globuline aura été dissoute par la même influence phlegmasique.

Cependant le liquide est souvent très coloré, parce que les globules dissous ont cédé à la sérosité leur matière colorante. C'est surtout dans ces cas que le liquide a un aspect visqueux, qu'il doit, soit à la matière albuminoïde fournie par la fibrine et la globuline dissoutes, soit à la lymphe plastique sécrétée en plus grande quantité, et probablement à ces deux produits réunis. J'ai rencontré plusieurs cas d'épanchement de nature évidemment sanguine puisque après la ponction, qui n'avait fourni qu'une petite quantité de liquide, on pouvait écraser les caillots dans la poche, et le liquide noirâtre, semblable à du sang veineux altéré, ne présentait à l'examen microscopique aucun globule de sang. Qu'était-ce donc que ce liquide, sinon la sérosité isolée des caillots tenant en dissolution des globules de sang ou tout au moins chargée de leur matière colorante ?

Il suffit d'avoir observé quelques épanchements de sang pour voir que les phénomènes de résorption ne se passent pas toujours de la même manière. Tantôt c'est la partie séreuse qui est reprise, et le caillot isolé forme une tumeur solide au milieu des tissus. C'est ce qui arrive assez souvent dans les épanchements médiocres. Tantôt, par un phénomène contraire, la partie solide du sang se dépose sur les parois de la poche, s'y étale en membrane épaisse, s'organise peu à peu et finit par former un véritable kyste dans lequel la sérosité isolée échappe à la résorption. C'est dans ces sortes de kystes qu'on trouve un liquide clair ou à peine coloré, et contenant quelquefois de rares globules de sang assez bien conservés. Mais le plus souvent, sous l'influence des mouvements, d'une cause extérieure, les épanchements de sang finissent par s'enflammer et des accidents plus ou moins sérieux se produisent.

Quand la contusion est profonde et occupant une large surface, il ne se forme pas toujours une poche sanguine dès les premiers instants; elle se développe lentement, dans l'espace de

quelques jours. Pelletan, dans son remarquable mémoire, avait parfaitement étudié ce phénomène (1). C'est que la déchirure du tissu cellulaire qui doit former le foyer n'est pas de suite remplie de liquides. Le sang infiltré au loin se sépare lentement en deux parties, l'une solide qui reste dans l'épaisseur des tissus et leur donne une teinte ecchymotique, l'autre liquide qui filtre peu à peu vers le point déchiré du tissu cellulaire. Dans ces cas, il n'y a pas et il ne saurait y avoir de caillot dans la poche ; le caillot est disséminé dans les tissus autour du foyer qui s'est rempli de la sérosité ; mais cette sérosité contient toujours un certain nombre de globules sanguins qui indiquent suffisamment son origine. Ainsi s'explique encore la rapidité avec laquelle la tumeur sanguine se reproduit après les premières ponctions. La poche une fois vidée devient un réservoir commun vers lequel s'écoule tout naturellement la sérosité dont les tissus sont encore imbibés. Dans ces cas, j'ai toujours constaté, avec la reproduction rapide de la poche, une diminution notable de la tension et du gonflement des parties qui l'avoisinent.

(1) A l'ouverture du corps d'un jeune homme qui succomba un mois après être tombé d'un lieu élevé, Pelletan décrit ainsi les altérations que présenta l'autopsie : « Tous les viscères du ventre étaient parfaitement sains et il n'y avait pas d'épanchement dans la cavité du péritoine, mais il existait une ecchymose noirâtre accompagnée de quelques caillots également noirs et adhérents au tissu cellulaire dans la région lombaire du côté droit, au-dessous du rein. De ce centre, l'ecchymose se répandait dans le tissu cellulaire du bassin, au-devant du quart inférieur de la colonne vertébrale entre les deux lames du mésentère, dans le tissu cellulaire qui joint le péritoine à la vessie, puis, se portant à gauche, l'ecchymose communiquait dans les régions où nous l'avions observée pendant la vie. Ce qu'il y a de remarquable c'est que partout l'ecchymose n'était sensible que par la couleur noire du tissu cellulaire qui en paraissait teint. Ce tissu cellulaire était sain, très ferme. Nulle inflammation n'existait dans aucun endroit et il était évident que le sang infiltré de droite à gauche n'avait déposé en chemin que sa partie colorante inhérente à de légers caillots et que c'était sa sérosité qui avait fait l'infiltration du membre inférieur gauche qui était parfaitement sain. Nul engorgement, nulle tumeur des environs n'avait pu en déterminer l'œdématie, et elle dépendait évidemment de la communication du tissu cellulaire avec celui qui avait été le premier siége de l'épanchement sanguin. » (*Pelletan, clin. chirug.*, t. II, p. 121).

Lorsqu'une tumeur sanguine a été vidée, on constate assez souvent une dépression notable circonscrite par un bourrelet dur et saillant. Après quelques ponctions, il semble que le fond de la dépression se relève en même temps que le bourrelet disparaît. Ces changements s'opèrent quelquefois très vite, même dans les cas d'épanchements considérables. Dans les grandes collections, on ne rencontre pas ordinairement de caillots, surtout si elles se sont formées peu à peu; c'est, comme je l'ai dit plus haut, parce que les parties solides du sang sont disséminées dans les tissus qui avoisinent le point où le tissu cellulaire a été largement déchiré. Le caillot qui appartient au sang épanché dans les premiers moments, est étalé sur les parois de la poche; on l'a trouvé, dans quelques cas traités par de grandes incisions, sous forme d'une membrane épaisse et grisâtre. Il est, au contraire, assez commun de rencontrer des caillots dans les petits épanchements, et, plus d'une fois, il m'a été facile de constater leur présence en les écrasant et en les faisant filer sous le doigt. C'est qu'alors la contusion est circonscrite. Le sang épanché se sépare encore en deux parties, mais l'abord d'une grande quantité de sérum, provenant des tissus voisins, ne vient pas augmenter hors de toute proportion les parties liquides.

Pour peu que l'épanchement soit considérable, il gêne les mouvements des malades et détermine de sourdes douleurs. J'ai cité plusieurs cas de tumeurs sanguines dont quelques-unes avaient à peine le volume d'un petit œuf et qui rendaient la marche très pénible. Deux malades, entre autres, éprouvaient des douleurs assez fortes pour être forcés de cesser leurs travaux et de venir à l'hôpital où ils ne s'étaient rendus qu'avec la plus grande peine. Dès les premières ponctions, ils éprouvent du soulagement, moins de douleurs, moins de gêne dans les mouvements, et il n'est pas rare de les entendre dire, après quelques jours de traitement, qu'ils se trouvent complétement guéris.

Si l'on veut obtenir ces résultats rapides, il faut ponctionner la poche chaque jour, ou au moins tous les deux jours. Il n'est pas indispensable de la vider dès la première opération ; il vaudrait mieux laisser un peu de liquide que d'exercer des pressions fortes et prolongées sur des tissus déjà très contus. A mesure que l'on ira en avant, le liquide deviendra plus ténu et on videra plus facilement le foyer. En même temps, on devra prévenir l'inflammation que pourraient déterminer des piqûres répétées chaque jour, en appliquant sur la tumeur des cataplasmes émollients. Dans les premiers temps, je ne prenais pas toujours cette précaution et la rougeur de la peau, les douleurs éprouvées par les malades, me forçaient bien vite à y revenir. Aussi je la regarde comme une condition essentielle de succès.

Qu'il me soit permis maintenant, Messieurs, de jeter un coup d'œil rapide sur les principaux moyens généralement employés dans le traitement des épanchements de sang et de les comparer à celui dont je viens de vous entretenir.

Lorsqu'à la suite d'une violence extérieure, une certaine quantité de sang s'est infiltrée dans les tissus, il suffit de topiques résolutifs et, au besoin, d'une légère compression pour en amener la résorption. Quelques chirurgiens veulent même qu'on se borne à l'emploi de ces moyens simples quand le sang est *réuni en foyer*. La crainte, du reste facile à comprendre, qu'ils ont d'ouvrir ces épanchements, fait qu'ils regardent comme un devoir de ne désespérer de leur résorption que le plus tard possible. J'ai vu quelques cas qui semblaient donner raison à cette opinion ; mais ces cas sont rares et le succès n'est jamais obtenu qu'au prix d'un traitement très long. Il faut même dire que ces succès sont le plus souvent incomplets et laissent subsister au milieu des tissus des noyaux plus ou moins volumineux qui peuvent devenir le point de départ d'accidents ultérieurs.

Dernièrement encore, j'ai eu occasion de voir un jeune mili-

taire qui avait eu la cuisse gauche fortement contuse au siége de Sébastopol. Un épanchement de sang considérable s'était produit et ne fut combattu que par des topiques résolutifs. Aujourd'hui, il reste à la partie externe de la cuisse et au milieu des muscles une tumeur plus grosse que le poing, allongée, dure et gênant la marche au point que ce jeune militaire a été forcé d'entrer à l'hôpital. J'ai traité une femme qui portait à la région lombaire une tumeur sanguine du volume d'un œuf, dure, réduite presque exclusivement à un gros caillot, et remontant à plus de cinq mois. Cette femme ne s'était décidée à entrer à l'hôpital qu'après que la marche était devenue douloureuse et difficile.

Les faits de ce genre ne sont pas rares. Combien de fois encore le traitement par les résolutifs échoue-t-il quand on se croyait sur le point d'obtenir le meilleur résultat ! A la suite de mouvements, d'une pression opérée sur la partie malade pendant le sommeil et souvent sans cause connue, on voit le travail de résolution s'arrêter; les malades accusent un sentiment de tension, une douleur profonde ; peu à peu la poche s'enflamme et après bien du temps perdu, on est obligé de recourir à une large incision, ce que précisément on voulait éviter.

Quant aux grandes incisions, je crois que tout le monde est à peu près d'accord sur leur gravité. Le seul avantage qu'on leur attribue, est de vider la poche sanguine d'un seul coup. Mais cela n'est vrai qu'en partie, car elles ne peuvent débarrasser le foyer du sang qui adhère à ses parois, ni de celui qui est infiltré au loin dans le tissu cellulaire. Ainsi, elles exposent au contact de l'air une vaste plaie dont les parois sont imbibées de liquides qui s'altèrent avec la plus grande rapidité, et cela, quand les tissus ambiants n'ont subi aucune inflammation adhésive. Ouvrir un épanchement dans de pareilles conditions, c'est surprendre la nature dans un travail d'absorption et livrer à ses efforts des

matières sanieuses et toxiques ; c'est s'exposer gratuitement aux accidents les plus graves.

Les chirurgiens mêmes qui réservent les grandes incisions pour les épanchements de sang dont la poche s'enflamme, et quand il existe un travail de suppuration, ne se mettent pas à l'abri de tout danger, parce que les parois du foyer ne sont pas toujours, et dans tous leurs points, suffisamment modifiées et protégées, soit par une membrane pyogénique, soit par une inflammation adhésive apportant des barrières à l'absorption.

Ici, les ponctions capillaires sont d'un grand secours ; car le moyen le plus sûr et le plus prompt d'entraver le travail inflammatoire qui commence, c'est d'évacuer le liquide épanché et de faire cesser la distension des parois du foyer. Lors même qu'il existe un commencement de suppuration, et que des globules de pus se trouvent mêlés au sang, le liquide n'en sortira pas moins par les ouvertures capillaires. J'ai rapporté plusieurs cas dans lesquels les globules de pus étaient si abondants qu'ils formaient au fond du verre un dépôt blanchâtre très appréciable ; il est évident que l'épanchement abandonné à lui-même se serait rapidement transformé en un véritable abcès.

Des ponctions successives aidées de topiques émollients ont entravé la marche de l'inflammation, et les malades ont guéri.

Pelletan et quelques chirurgiens avec lui, lorsqu'ils se décidaient à ouvrir une tumeur sanguine, se bornaient à pratiquer une incision suffisante pour donner une issue facile aux liquides épanchés. Ils introduisaient ensuite une mèche dans la plaie en même temps qu'ils exerçaient une compression sur les parois de la poche pour en amener le recollement. Cette pratique très rationnelle n'est cependant pas exempte d'inconvénients. D'abord, la compression n'est pas toujours facile ; quelquefois même il est impossible de l'appliquer exactement quand il s'agit d'un épanchement ayant son siége dans l'aisselle, le pli de

l'aine ou aux lombes. De plus, la compression la mieux établie ne suffit pas constamment pour empêcher l'inflammation de s'étendre aux parois de la poche et aux tissus profonds infiltrés de sang. Il peut même arriver qu'elle soit difficilement supportée par les malades et qu'elle augmente l'inflammation quand elle vient à être appliquée sur une peau déjà enflammée. Bien que ce mode de traitement soit de beaucoup préférable aux grandes incisions, on peut lui adresser une partie des reproches qui leur ont été faits.

Il est une autre méthode qui se rapproche plus de celle que j'ai l'honneur de vous soumettre, c'est celle des ouvertures sous-cutanées pratiquées, soit avec un bistouri étroit, soit avec un trocart. Avec le bistouri on pénètre obliquement dans le foyer sanguin, après avoir déplacé la peau pour détruire, après l'évacuation du liquide, le parallélisme des ouvertures faites aux différentes couches de tissu. Mais la plaie étroite et oblique permet difficilement la sortie des liquides, et ne ferme pas tout accès à l'air. On préfère généralement au bistouri un trocart, auquel on ajoute un appareil ingénieux, de M. Jules Guérin, qui met à l'abri de ce dernier accident. Cependant les ponctions, telles qu'on les pratique ordinairement, sont loin de donner les résultats heureux qu'on pouvait espérer. En voici les raisons :

D'abord, l'instrument qu'on emploie est trop gros. C'est un trocart à hydrocèle de cinq millimètres de diamètre, et quelquefois plus. La ponction faite, et la canule retirée, on se borne à fermer l'ouverture avec un morceau de diachylum. Tout se passe bien pendant quelques jours, mais, que de fois n'arrive-t-il pas que la piqûre s'enflamme et que l'inflammation se propageant à la poche la fasse suppurer ! Les cas de ce genre ne se comptent plus. J'ai dit qu'avec les ponctions capillaires si étroites qu'elles fussent, il fallait toujours être en garde contre ce danger et qu'il était indispensable de se servir de cataplasmes pour peu

que la peau fût rouge, amincie ou douloureuse; à plus forte raison doit-on encourir cet accident, quand on perfore la peau avec un gros trocart et qu'on ne prend aucune précaution pour prévenir l'inflammation qui se développe presque nécessairement.

L'autre raison est celle-ci : les ponctions sont trop rares. Lorsqu'on a ouvert une collection de sang, on reste deux jours, quatre, six et même dix jours avant de la ponctionner de nouveau. On attend que le liquide se soit en grande partie reproduit, ou même que la tumeur ait repris son volume primitif. Toutes les observations publiées dans nos recueils scientifiques font foi de ce que j'avance. Qu'arrive-t-il alors? Si, dans les premiers jours, les parois de la poche avaient repris un peu d'épaisseur, si elles avaient commencé à se recoller dans quelque point, l'abord de nouveaux liquides les distend, les amincit et détruit des adhérences qui n'ont encore aucune résistance. En un mot, on n'a rien gagné, et on a couru la chance d'enflammer la poche.

Des ponctions pratiquées à intervalles éloignés ne suffisent pas. Il faut des ponctions de chaque jour pour évacuer le liquide à mesure qu'il se reproduit, si on veut que la peau revienne facilement sur elle-même et puisse se recoller sur le fond du foyer. Je comprends qu'on hésite à faire des ponctions multipliées avec un trocart ordinaire, car la peau s'enflammerait infailliblement, mais elles sont sans inconvénients avec une tige métallique très fine.

Cependant il ne faut pas oublier, comme je l'ai dit, de faire usage de cataplasmes émollients; autrement on ne serait pas à l'abri de tout accident.

COLLECTIONS PURULENTES.

Les ponctions capillaires avaient trop bien réussi dans le traitement des épanchements de sang pour que je n'eusse pas l'idée de les appliquer à d'autres tumeurs fluctuantes. Plus d'une fois elles m'avaient servi à vider des foyers sanguins enflammés et contenant déjà une notable quantité de pus. Elles devaient donc suffire à vider certains abcès ; mais restait à déterminer ceux auxquels elles pouvaient convenir.

Je commencerai par dire comment j'ai procédé ; j'exposerai ensuite les résultats que j'ai obtenus, suivant la nature des abcès auxquels j'avais affaire, la région du corps qu'ils occupaient, et la profondeur à laquelle ils étaient situés.

Dans mes premiers essais, je me suis servi d'un trocart explorateur ordinaire, mais sa canule, longue et étroite, ne permettait que difficilement la sortie du pus. Je lui substituai avec avantage un trocart plus gros et plus court, ayant un millimètre et demi de diamètre, et six centimètres de longueur. Cependant, il était commun de voir le pus sortir plus facilement par l'étroite piqûre des tissus, après que la canule avait été retirée, que par la canule elle-même. Aussi, suis-je bientôt arrivé à ne me servir du trocart complet que lorsque le pus était profondément placé ou recouvert de plusieurs couches de tissus mobiles les unes sur les autres. Dans ces cas mêmes, après deux ou trois jours, je ne me servais plus que de la tige du trocart et le pus s'écoulait aisément ; sans doute, parce que le trajet étroit de la piqûre s'était enflammé, et que l'inflammation avait détruit la mobilité des diverses couches de tissus. Car, ici, je n'agissais plus comme dans les épanchements de sang que j'avais soin de ne jamais ponctionner dans le même point pour éviter toute chance d'inflammation ; chaque jour j'enfonçais l'instrument dans la piqûre de la veille. En effet, qu'avais-je

à craindre? Dans un abcès, la poche n'est-elle pas déjà enflammée? Quant à l'introduction de l'air qui pourrait par sa présence altérer les qualités du pus, elle n'était pas à craindre avec une ouverture aussi étroite. Bien plus, il arrivait souvent que la piqûre, se transformant en une sorte de fistule, laissait le pus s'écouler continuellement et cela sans inconvénient, car le pus ne sortait qu'à mesure que les parois de la poche revenaient sur elles-mêmes. Pourtant c'était une précaution indispensable de recouvrir la tumeur de cataplasmes émollients, afin de modérer et de limiter l'inflammation déjà existante et celle que les ponctions pouvaient déterminer. Autrement, cette inflammation, ordinairement peu prononcée, peut affecter rapidement un caractère aigu, s'étendre à la peau voisine, et déterminer des accidents d'une certaine gravité.

Abcès du cou. — Les abcès du cou se présentent rarement à l'état aigu. On en rencontre pourtant, surtout chez les jeunes sujets. Quand ils sont profonds, étendus, et menacent de devenir des phlegmons diffus, des incisions proportionnées à la gravité du mal peuvent seules entraver leur marche. Mais s'ils sont circonscrits et placés au-dessous de la mâchoire, comme il arrive le plus souvent quand ils sont déterminés par le travail de la dentition, les ponctions capillaires sont très efficaces. Chez plusieurs jeunes enfants de trois à quatre ans, il a suffi de quelques ponctions pour faire disparaître des abcès bien formés. Le premier jour on donnait issue à peu près à une cuillerée à café de pus phlegmoneux; le second ou le troisième jour, on obtenait seulement quelques gouttes d'un liquide louche ou séreux. Pendant une semaine environ, il restait une induration qui cédait à l'emploi des cataplasmes et bientôt l'œil le plus exercé ne pouvait plus reconnaître le point où les ponctions avaient été pratiquées. Chez un enfant de treize ans, quatre ponctions amenèrent la gué-

rison d'un abcès qui fournit, le premier jour, une cuillerée de pus. Dès le deuxième jour, on ne fit sortir, par une nouvelle piqûre, que de la sérosité rougeâtre. Pour obtenir des résultats aussi prompts, on ne doit pas attendre que la peau soit amincie; il faut surveiller la marche de l'inflammation, qui est ordinairement très rapide, et ponctionner la tumeur dès qu'elle présente un point fluctuant.

Abcès froids. — Les abcès froids, beaucoup plus fréquents dans la région du cou, peuvent être traités de la même façon. Leur guérison est moins prompte : ce qui est facile à comprendre quand on songe à leur nature, à la lenteur de leur développement, au tempérament affaibli des sujets qui en sont affectés.

Les abcès froids du cou se présentent sous deux formes assez différentes, suivant qu'ils occupent la nuque ou ses parties latérales. Les premiers, souvent assez volumineux, marchent encore assez vite. Ils sont fluctuants dans tous leurs points; on sent quelquefois à leur base un rebord dur formé par les tissus enflammés, mais rarement ils reposent sur une masse ganglionnaire. C'est un point très important pour leur thérapeutique, car une fois qu'ils sont guéris tout est terminé. Il ne reste pas, comme dans les abcès sous-maxillaires et ganglionnaires, une masse dure plus ou moins volumineuse qui met toujours un temps assez long à disparaître. Le pus est ordinairement très épais, jaunâtre, visqueux; aussi, à moins qu'une inflammation aiguë n'en ait changé les caractères, ne s'échappe-t-il qu'avec peine par les premières ponctions. Il ne faut pas insister pour vider entièrement le foyer purulent; il suffit d'en avoir évacué une certaine quantité pour faire cesser la tension des parois de la poche et pour enrayer l'inflammation. Dès le second ou le troisième jour, le pus devient beaucoup plus fluide et s'écoule facilement par

les piqûres. Assez souvent il arrive un brusque changement dans les liquides sécrétés par les parois de l'abcès, et on n'est pas médiocrement surpris de voir sortir, à la place du pus qu'on avait trouvé la veille, un liquide séreux rougeâtre contenant à peine quelque globules purulents. Quand les choses se passent ainsi, la guérison ne se fait pas longtemps attendre. Au bout de quelques jours elle est complète.

TREIZIÈME OBSERVATION.

Abcès du cou. — Sérosité rouge dès la seconde ponction. — Ouvertures fistuleuses. — Guérison en quinze jours.

Forna, vingt-deux ans, tailleur, est entré le 4 mars 1856, à l'hôpital Lariboisière. Il a sur le cou de nombreuses cicatrices irrégulières, très apparentes. Aujourd'hui il vient se faire traiter d'un abcès froid, dont il fait remonter l'origine à un mois. Cet abcès est situé au-dessous et un peu en arrière de la région mastoïdienne; il a le volume d'un petit œuf de poule; la peau est amincie, rouge, et tout annonce une ouverture spontanée prochaine.

Le 5 mars, une ponction avec la tige d'un trocart explorateur donne issue à une cuillerée et demie d'un pus crémeux strié de sang. — Cataplasmes.

Le 6 mars, une ponction : issue d'une cuillerée de sérosité rouge mélangée de pus grumeleux. La peau n'est plus tendue mais encore rouge. — Cataplasmes.

Le 7 mars, une ponction : issue de sérosité rouge en moindre quantité. En touchant les parties, on trouve une dépression qui admet l'extrémité du pouce et circonscrite par du tissu cellulaire induré. — Cataplasmes.

Du 7 au 10, deux piqûres qui ne sont point fermées, sans doute à cause du peu d'épaisseur des tissus, laissent écouler un liquide séreux. Pour cette raison, on se borne à recouvrir les parties de cataplasmes; car la tumeur incessamment vidée n'existe plus.

Du 11 au 21, le même traitement a été continué. L'écoulement de sérosité a continué en diminuant; la peau est recollée, mais elle a conservé une partie de sa coloration d'un rouge brun. On ne met plus rien sur le cou.

Le 22 mars, le malade sort guéri.

QUATORZIÈME OBSERVATION.

Abcès du cou. — Ponctions capillaires. — Guérison en huit jours. — Sérosité rouge dès la troisième ponction.

Gilet (Louis), âgé de dix-huit ans, fondeur, est entré à l'hôpital Lariboisière, le 12 mai 1856. Il est vigoureux mais d'un tempérament lymphatique. Derrière

l'oreille droite on remarque une large cicatrice irrégulière, trace d'un abcès froid qui s'est ouvert spontanément.

Il y a quinze jours environ, il a vu se développer un nouvel abcès sur la partie latérale droite et postérieure du cou. Cet abcès forme une tumeur grosse comme la moitié d'un œuf de poule ; elle est molle, indolente, rouge dans sa partie la plus saillante, et un peu violacée dans un point où la peau est tellement amincie qu'elle semble réduite à l'épiderme. Le jour même de l'entrée du malade, je pratique avec la tige du trocart explorateur, et sur les points où la peau présente une certaine épaisseur, trois ponctions qui donnent issue à une cuillerée à bouche de pus séreux mal lié. La poche est à peu près vidée ; alors, les téguments se laissent facilement déprimer et les doigts plongent dans une cavité circonscrite par des bords escarpés qui correspondent, du reste, aux limites de l'abcès ; pas de cataplasmes.

Le 13 mai, la tumeur est diminuée de volume, plus molle, un peu enflammée. Une ponction donne issue à un peu moins de liquide que la première fois, mais ayant les mêmes caractères. Le palper donne les mêmes résultats. — Cataplasmes.

Le 14. — La peau, qui semble plus épaisse au toucher, n'est plus enflammée. La tumeur est beaucoup moins volumineuse. Une ponction seulement est pratiquée et il sort une demi-cuillerée d'une sérosité rouge qui s'échappe en jet. — Cataplasmes.

Le 15. — Nouvelle ponction et issue d'un cuillerée à café du même liquide. On ne sent plus les bords saillants qui formaient le pourtour de la tumeur.

Le 16. — Une ponction. Même résultat.

Le 17. — La tumeur n'est plus accusée que par un léger relief et une coloration un peu brunâtre de la peau. On ne retrouve plus de cavité ; la peau épaissie semble adhérente, excepté dans la partie la plus déclive où se trouve une très petite quantité de liquide. Une ponction laisse couler une demi-cuillerée à café de sérosité roussâtre, bien moins colorée que les jours précédents.

Le 18. — Rien.

Le 19. — Nouvelle ponction ; issue d'une très petite quantité du même liquide. On fait avec de la charpie, une compresse et une bande ; une légère compression pour faciliter le recollement des parois.

Le 20. — Une ponction. Quelques gouttes de sérosité suintent. — Même compression.

Le 21. — Le malade quitte le service sans présenter d'autres traces de sa tumeur qu'un peu d'adhérence de la peau aux tissus sous-jacents.

QUINZIÈME OBSERVATION.

Abcès de la nuque. — Ponctions capillaires. — Guérison en sept jours.

Henzé, âgé de vingt-deux ans, est entré à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Napoléon, pour être traité d'un abcès du cou. Il raconte que, vingt jours avant son entrée à l'hôpital, il sentit sur la partie postérieure et droite de la nuque une petite tumeur dure qui alla en augmentant chaque jour. A son entrée à Lariboisière, on

constate une tumeur à peu près hémisphérique, ayant 7 centimètres dans tous les sens. Elle est fluctuante, douloureuse à la pression, et gêne notablement les mouvements de la tête. La peau qui la recouvre est épaisse et rouge dans la moitié la plus saillante de la tumeur. Le 16 janvier, une ponction pratiquée avec la tige du trocart explorateur ne donne qu'une goutte de pus. Une seconde ponction, faite avec le trocart muni de sa canule, fournit une cuillerée d'un pus jaune très épais : ce pus ne sortait qu'avec peine de la canule, goutte à goutte, et encore fallait-il presser assez fortement sur la tumeur. La peau était épaisse et dure, et s'était laissé percer difficilement par l'instrument. — Cataplasmes.

Le 17. — Une ponction avec la tige du trocart, et dans le même point que la veille, donne une cuillerée à café de pus aussi épais que celui du premier jour. — Cataplasmes.

Le 18. — La peau est moins rouge et les mouvements de la tête sont moins douloureux. Deux ponctions sont pratiquées avec la tige du trocart ; celle qui est faite dans le point déjà ponctionné laisse s'écouler une cuillerée à bouche de pus plus liquide quecelui des jours précédents; l'abcès est à moitié vidé. — Cataplasmes.

Le 19. — La dernière piqûre est restée fistuleuse, et une assez grande quantité de pus s'est écoulée dans le cataplasme. Par une douce pression on fait encore sortir une cuillerée à bouche d'un pus manifestement plus fluide et séreux dans quelques parties. Il n'y a plus de douleur et la peau a presque repris sa coloration ordinaire. — Cataplasmes.

Le 21. — La piqûre fistuleuse est fermée. Une nouvelle ponction faite sur un autre point donne particulièrement de la sérosité rougeâtre, qui s'échappe en jet comme le sang d'une saignée. Ce liquide, examiné au microscope, ne contient que de rares globules de pus et des globules de sang, la plupart déformés. — Cataplasmes.

Le 22. — La tumeur n'est presque plus saillante ; elle n'est pas douloureuse à la pression.

Le 23. — Une ponction fournit à peine une cuillerée à café de sérosité mêlée de sang provenant de la piqûre. — Cataplasmes.

Le 24. — Il n'y a plus de liquide. On sent seulement les parties un peu indurées là où existait l'abcès. Le malade quitte l'hôpital huit jours après; il revient à la consultation et est parfaitement guéri.

Les abcès froids, que l'on rencontre sous la mâchoire, sur les parties latérales du cou, reposent souvent sur une masse ganglionnaire, inégale, dure, plus ou moins considérable. Quand ils sont circonscrits, recouverts d'une peau assez épaisse, ils se comportent à peu près comme ceux dont je viens de parler. Mais s'ils sont volumineux, bosselés, avec une peau amincie dans plusieurs endroits, ils réclament un traitement plus long et se

comportent d'une manière toute particulière. Souvent on est obligé de faire plusieurs ponctions sur divers points de la tumeur, si on veut la vider facilement. La sécrétion purulente persiste pendant un assez long temps; la peau ne reprend son épaisseur et ne se recolle que lentement sur les ganglions enflammés. Quelquefois, elle est tellement amincie et violacée, qu'alors que l'abcès n'existe plus, et bien qu'il n'y ait pas eu de plaie, il existe des points déprimés où on croirait à l'existence de véritables cicatrices.

SEIZIÈME. OBSERVATION.

Abcès ganglionnaire considérable. — Ponctions capillaires multiples. — Guérison.

Pinandot (Jean), fumiste, âgé de vingt-quatre ans, est entré à l'hôpital Lariboisière, le 18 juin 1856. Il rapporte qu'il y a deux mois, il vit apparaître, à gauche du cou, au-dessous de la mâchoire, une petite tumeur du volume d'une noisette. Indolente et roulant sous les doigts, elle resta quelque temps sans augmenter; puis, en quelques jours, elle devint douloureuse, augmenta rapidement de volume, malgré l'usage de préparations iodées à l'intérieur et en frictions sur la tumeur. Ces changements s'étaient opérés sans mouvements fébrile appréciable, sans accidents généraux, et le malade ne cessa ses travaux que pour entrer à l'hôpital.

A son entrée, la tumeur a le volume d'un gros poing. Elle s'étend, en avant, jusqu'à la ligne médiane et, en arrière, au delà de l'angle de la mâchoire; en bas, elle envahit le creux sus-claviculaire, et, en haut, elle dépasse le bord inférieur de l'os maxillaire et soulève le lobule de l'oreille. Elle est rouge dans une grande partie de son étendue et très molle. La peau est partout amincie, mais surtout en haut et en arrière. Dans ce point existe une bosselure de la tumeur principale, de couleur violacée, et la peau est tellement amincie qu'elle semble sur le point de se rompre au moindre contact avec les doigts. Trois ponctions sont pratiquées avec la tige d'un trocart explorateur, et il s'écoule par les piqûres un demi-verre de pus glaireux, filant, jaunâtre. La tumeur est diminuée de moitié, mais elle contient encore une très notable quantité de pus. Le 19, deux ponctions donnent issue à la même quantité de pus présentant les mêmes caractères. (Cataplasmes). Le 20, trois ponctions, et même quantité de pus. Le 21, quatre ponctions fournissent cinq cuillerées à bouche de pus; la tumeur est presque entièrement affaissée: la peau n'est plus rouge et a repris de l'épaisseur, excepté dans les points trop amincis ou elle conserve une couleur violacée. Le 22, une des piqûres est restée fistuleuse et le cataplasme est imprégné de pus. Cependant on est obligé de faire trois ponctions sur la partie inférieure où le pus est accumulé, et il sort trois cuillerées de pus

strié de sang. Comme les jours précédents, on trouve le fond de la tumeur inégal, bosselé. Le 23, on constate que l'écoulement du pus a été arrêté par de petits caillots de sang noir et que la poche s'est enflammée. La nuit a été moins bonne. On pratique trois piqûres qui sont douloureuses, et il s'écoule quatre cuillerées do pus mêlé de sang. Les cataplasmes sont continués. Jusqu'au 26, on continue à faire deux ou trois ponctions. L'inflammation est tombée et la peau, plus épaisse, a repris sa coloration normale, excepté dans les points d'aspect violacé qui ont déjà été signalés. Au premier abord, ces parties rouges, déprimées, seraient prises pour des eicatrices. Cataplasmes. Jusqu'au 30, le pus s'écoule par une des piqûres qui est restée fistuleuse. La tumeur est réduite des trois quarts. La peau est recollée dans plusieurs points vers le milieu de la masse ganglionnaire, et on constate que du liquide existe à la partie supérieure et à la partie inférieure de la tumeur. Une ponction est pratiquée sur chacun de ces points et donne issue à deux cuillerées à café d'un pus très fluide, strié de sang. — Cataplasmes.

Le 2 juillet, deux nouvelles ponctions fournissent une très petite quantité d'un liquide louche.

Le 3 juillet, le point fluctuant supérieur n'existe plus ; l'inférieur, resté fistuleux, fournit un liquide louche très ténu, et c'est seulement le 8 qu'il se ferme.

Depuis son entrée à l'hôpital, le malade avait été soumis à un traitement général tonique. A partir du moment où il n'exista plus d'abcès au cou, on employa des pommades iodurées pour amener la résolution de la masse ganglionnaire. Quand le malade sortit de l'hôpital, il portait encore des ganglions indurés bien moins volumineux qu'aux premiers jours du traitement. Ces ganglions présentent une surface inégale à laquelle la peau est adhérente. Dans les points déprimés où la peau était amincie et violette, comme je l'ai déjà dit, on croirait avoir affaire à de véritables cicatrices.

DIX-SEPTIÈME OBSERVATION.

Abcès ganglionnaire du cou. — Ponctions capillaires. — Guérison en dix jours.

Graffe, âgé de vingt-quatre ans, pâtissier, est entré à l'hôpital Lariboisière, le 6 février 1856. Ce malade est scrofuleux ; il porte dans les aines des traces d'abcès, et au-dessous du menton, à droite, une cicatrice irrégulière, très difforme, de 4 centimètres de longueur. Depuis le mois de décembre, il a, en arrière de l'angle de la mâchoire et en avant du sterno-mastoïdien, une tumeur qui a été traitée sans grand succès par l'iode. Cependant il n'en souffrait pas et n'éprouvait que de la gêne dans les mouvements de la tête. Il y a quelque temps les douleurs reparurent assez vives, et voici son état actuel : La tumeur a le volume d'un œuf de poule ; elle est dure à sa base, et presque indolente ; mais, au sommet, elle présente, comme surajoutée, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, molle, fluctuante, douloureuse, recouverte d'une peau rouge amincie avec tous les signes qui annoncent son ouverture prochaine.

Le 7 février, une ponction pratiquée avec la tige d'un trocart explorateur donne issue à une cuillerée à bouche de pus filant, mal formé ; la poche est à peu de chose près complétement vidée. — Cataplasmes.

Le 8 février, la peau est moins rouge, bien que la tumeur ait presque repris son volume. Nouvelle ponction, et issue d'un liquide semblable à celui de la veille en moindre quantité et plus séreux. — Cataplasmes.

Le 10. — La peau est à peine rouge et semble plus épaisse. La tumeur est singulièrement diminuée. Elle n'est plus douloureuse à la pression. Cependant elle contient du liquide et une nouvelle ponction donne issue à une demi-cuillerée à café de sérosité mélangée de pus.

Le 12. — Une ponction laisse suinter quelques gouttes de sérosité louche.

Le 13. — La peau est adhérente. L'engorgement ganglionnaire est diminué de plus de moitié. Le malade se trouve très bien et sort le 17.

Abcès de l'aine. — Je puis faire à propos des abcès de l'aine la même observation que pour ceux du cou. Il y a une très grande différence entre ceux qui sont simples et ceux qui reposent sur une masse ganglionnaire enflammée. Les premiers guérissent assez promptement ; les seconds exigent un traitement beaucoup plus long. Comme au cou, lorsque la peau a été très amincie et a pris une couleur violacée, elle ne perd pas de suite sa coloration en se recollant dans les dépressions qui existent sur la masse ganglionnaire, et, pendant longtemps, on croirait à l'existence de cicatrices. A l'aine, les piqûres deviennent assez facilement fistuleuses. Lors même que le foyer de l'abcès est complétement vidé, le recollement de la peau tarde quelque temps. Ce résultat, assez différent de celui qu'on obtient dans la région cervicale, tient à ce que la peau du pli de l'aine, naturellement fine, est rapidement amincie par le travail de suppuration, à ce que les malades s'astreignent difficilement à garder un repos absolu. Je n'ai soumis aux ponctions capillaires que des abcès survenus chez des sujets exempts de maladie syphilitique. Je ne saurais dire comment se comporteraient des bubons vénériens.

DIX-HUITIÈME OBSERVATION.

Abcès ganglionnaire de l'aine. — Ponctions capillaires. — Guérison.

Rosier (Aimée), âgée de vingt ans, lingère, dit avoir des pertes blanches depuis fort longtemps. Il y a deux mois, elle eut dans l'aine un gonflement douloureux qui dura deux jours et disparut. Il y a quinze jours, elle fut prise de douleurs dans l'aine droite, douleurs qui augmentaient pendant la marche, et bientôt apparut une tumeur de la grosseur d'une cerise, sans changement de couleur à la peau.

Le 21 janvier, un médecin lui fit appliquer douze sangsues, c'est le seul traitement fait avant son entrée à l'hôpital.

Le 28 janvier, elle entre à Lariboisière, salle Sainte-Jeanne, n° 34. C'est une femme brune, pâle, d'un tempérament lymphatique sans apparence scrofuleuse. Elle n'a pas d'antécédents syphilitiques.

Elle porte à droite une tumeur qui siége au pli de l'aine, et qui se prolonge au-dessus et au-dessous de ce pli dans une étendue de 3 centimètres.

Son plus grand diamètre est oblique et suit le ligament de Fallope. Elle commence, en dehors, vers le milieu de la région de l'aine, et en dedans se termine au niveau de l'épine du pubis.

Elle a 8 centimètres dans un sens, et 6 dans l'autre. La peau est rouge violacé, amincie, adhérente. On perçoit une fluctuation très manifeste au centre, et la périphérie est formée par un bourrelet bosselé et dur. Toutes ces parties sont très douloureuses à la pression.

Il y a en même temps une vaginite. La muqueuse du vagin est d'un rouge vif et sécrète un muco-pus très abondant qui donne sur le linge des taches vertes entourées d'une auréole plus blanche, et donne en même temps à ce linge la consistance du linge empesé.

Bon appétit du reste et pas de fièvre. On prescrit un bain, des injections émollientes et des cataplasmes sur la tumeur.

Le 29. — Ponctions avec la tige du trocart explorateur, sortie d'une demi-cuillerée à bouche d'un pus épais, verdâtre, coloré en partie par du sang.

Même traitement que la veille.

Le 31. — Deuxième ponction. Pus moins abondant, moins épais, plus fluide.

Le 2 février. — Troisième ponction. Sortie d'une cuillerée à café de sérosité sanguinolente, contenant quelques globules purulents. L'engorgement diminue.

Le 3. — Quatrième ponction. Sérosité en même quantité mais plus claire et à peine troublée par le pus.

Le 4. — Cinquième ponction. Sérosité en moins grande quantité, plus de pus, seulement un peu de sang.

Le 5. — Sixième ponction. A peine quelques gouttes de liquide. L'engorgement est réduit considérablement; la tumeur n'a plus que la grosseur d'une noisette.

Le 6. — Il n'y a plus que la vaginite qui du reste est presque terminée. L'écoulement est beaucoup moindre. Les tissus du pli de l'aine sont un peu durs au toucher, mais il n'existe plus de tumeur et il n'y a pas la moindre trace de cicatrice.

DIX-NEUVIÈME OBSERVATION.

Abcès ganglionnaire de l'aine. — Ponctions capillaires. — Guérison en dix-huit jours.

Gret (Jacques), âgé de cinquante-quatre ans, est entré à l'hôpital Lariboisière, le 30 avril 1856. Il nous raconte qu'il y a huit ou dix jours, il éprouva dans l'aine droite une douleur sourde qu'il ne savait à quoi rapporter. Il n'avait point d'écoulement et ne se rappelle pas avoir eu d'écorchure sur le membre abdominal de ce côté. Les douleurs et le gonflement allèrent en augmentant, au point de rendre la marche impossible et la station pénible. Il y a quatre jours, il cessa tout travail, se mit au lit et appliqua des cataplasmes dans l'aine. Aujourd'hui, 30 avril, voici son état : on trouve dans le pli de l'aine une tumeur allongée, dure, mobile, du volume d'un œuf aplati. Sur le milieu de cette masse, fait saillie une autre tumeur, très fluctuante, du volume d'une noix ; la peau qui la recouvre est d'un rouge violet ; elle est très amincie et sa perforation semble imminente. Deux ponctions sont pratiquées avec la tige d'un trocart explorateur et donnent issue à deux cuillerées à bouche d'un pus filant. La tumeur presque entièrement vidée, on constate encore mieux l'extrême amincissement de la peau et une dépression notable dans la masse ganglionnaire. — Repos, cataplasmes.

Le 5 mai, la peau est moins rouge et semble un peu moins amincie. La tumeur s'est en partie reproduite. Deux nouvelles ponctions sont pratiquées ; mais, en pressant la tumeur pour faire sortir le liquide, on le voit s'échapper par ces piqûres et par l'ancienne piqûre qui ne s'était pas bien fermée. Pour ne garder aucun doute sur la nature de l'engorgement, bien qu'il n'y ait aucune trace d'ulcération sur les organes génitaux, on inocule du pus sortant de la tumeur sur trois points de la cuisse : résultat nul. — Cataplasmes, repos.

Le 8 mai, on a laissé les liquides sortir par les ouvertures qui ne se sont point fermées. Une nouvelle ponction est pratiquée, parce que l'on trouve de la fluctuation dans la poche, et qu'on craint qu'il ne sorte par les anciennes ponctions que les liquides les moins épais. En effet, par la nouvelle ouverture, il sort une demi-cuillerée à café d'un pus séreux un peu filant. La poche est notablement diminuée de volume ainsi que l'engorgement qui lui servait de base. La peau est toujours d'un rouge foncé, mais plus épaisse. L'amélioration est très sensible. — Repos, cataplasmes.

Le 12 mai, la tumeur fluctuante a presque disparu. On sent un point où doit exister du liquide et une ponction donne issue à quelques gouttes de pus filant.

Le 14. — On ne fait plus de ponction. Les cataplasmes ont été continués. Il sort par les anciennes piqûres un peu de liquide séreux, louche. Le malade se lève un peu et n'éprouve plus de douleur en marchant.

Le 18. — L'engorgement ganglionnaire est réduit au tiers de son volume. La pression ne fait plus sortir par les piqûres que quelques goutles de sérosité presque transparente. La peau a conservé une partie de sa couleur rouge, mais seulement sur le bourrelet placé dans le pli de l'aine, et qui était le point où les téguments étaient le plus amincis.

Le 20. — La peau est adhérente ; il ne sort plus de liquide par les piqûres. Le malade se trouve bien et sort de l'hôpital. Cependant la masse ganglionnaire, bien que très réduite, existe encore.

VINGTIÈME OBSERVATION.

Abcès de l'aine. Ponctions capillaires.

Jobin, cocher, âgé de vingt-neuf ans, est entré à l'hôpital Lariboisière le 10 juin. Il y a une trentaine de jours, il remarqua dans l'aine une petite tumeur indolore, dure, sans coloration de la peau, roulant sous le doigt. Cette tumeur augmenta de volume, et devint douloureuse, la peau qui la recouvre devint rouge. Au bout de quinze jours, la tumeur avait à peu près le même volume que maintenant. Il y a huit jours, le malade alla à Saint-Louis, où on fit appliquer un vésicatoire sur la tumeur. Jusque-là, il n'avait fait aucun traitement et avait continué sa profession. Il n'y a rien du côté du membre inférieur, de la verge ou de l'anus, qui puisse expliquer le développement de l'adénite qui a précédé l'abcès. Cette adénite et cet abcès paraissent être venus à la suite de fatigues.

État actuel (12 janvier).— Tumeur occupant la partie interne de la région inguinale, allant jusqu'à la verge, remontant au-dessus et descendant au-dessous du ligament de Fallope, présentant dans son diamètre transversal 10 centimètres, 8 ½ dans son diamètre vertical. Cette tumeur, de forme ovoïde, fait une saillie assez considérable (2 à 3 centimètres environ); la peau qui la recouvre est rouge, amincie; la fluctuation est très manifeste.

Trois ponctions sont pratiquées: la première avec la tige seule du trocart explorateur, les deux autres avec la tige munie de sa canule. Le pus sort plus facilement par ces dernières piqûres ; le pus extrait est assez épais, coloré en rouge; sa quantité peut être évaluée à deux grandes cuillerées à bouche.

Le 13 janvier, la tumeur est moins rouge, moins douloureuse. Une portion du liquide s'est reproduite; la fluctuation est plus manifeste que la veille. Une seule ponction est pratiquée avec la tige du trocart : le liquide sort en jet. Le pus est plus liquide que celui d'hier; il présente la même coloration ; la quantité extraite est de deux cuillerées à bouche et la tumeur se trouve complétement vidée.

Le 14, la tumeur est encore moins rouge que la veille, moins douloureuse; la peau qui la recouvre est épaissie. Une ponction : sortie d'une cuillerée et demie d'un liquide qui est plutôt de la sérosité purulente que du pus; cette sérosité purulente est colorée en rouge.

Le 15, deux ponctions avec la tige du trocart : sortie d'une cuillerée et demie d'une matière très fluide, comparable à de l'eau tenant en dissolution une petite

quantité de pus : ce liquide est coloré en rouge par du sang provenant des bords de la plaie. Le malade n'éprouve plus de douleur spontanée ; il ne souffre que lorsqu'il marche ou lorsqu'on exerce sur la tumeur une pression assez forte.

Le 16, une ponction donne une cuillerée de sérosité légèrement colorée en rouge. Compression à l'aide d'un spica de l'aine.

Le 17, une ponction donne une cuillerée à bouche de sérosité colorée en rouge par du sang venant des bords de la plaie. L'engorgement inflammatoire étant considérablement diminué et le contenu de la tumeur complétement vidé par les ponctions que l'on vient de faire, il est facile de sentir derrière la tumeur des ganglions lymphatiques engorgés.

Les 18 et 19, une ponction donne une cuillerée à bouche de liquide *ut supra*.

Le 20, une ponction donne une demi-cuillerée à bouche de liquide semblable à celui extrait par les précédentes ponctions.

Le 21, une ponction donne une cuillerée à café de sérosité colorée en rouge. Le liquide, examiné au microscope, ne contient pas de liquide purulent, mais seulement des globules sanguins, dont un certain nombre sont plus ou moins altérés.

Le 22, une ponction donne une cuillerée, à peu près, de sérosité à peine colorée en rouge. La tumeur ne fait presque plus de saillie; la peau qui la recouvre est à peine plus colorée que celle des parties environnantes; l'engorgement inflammatoire qui existait au pourtour de la tumeur a presque entièrement disparu. On cesse la compression, on ordonne au malade de presser de temps en temps sur la tumeur pour en faire sortir le liquide qui pourrait s'y reproduire.

Les 23 et 24, une ponction donne une cuillerée à café de sérosité.

Le 25, même quantité du même liquide. Il sort en même temps un petit grumeau de pus épais.

Le 26, un quart de cuillerée à café de liquide, qui est constitué presque entièrement par du sang venu de la piqûre.

Le 27, une demi-cuillerée à café de liquide, légèrement coloré en rouge; mais le sang qui le colore ne paraît pas venir des bords de la piqûre.

Le 28, la pression fait sortir par l'ouverture de la veille, qui ne s'était pas complétement refermée, un peu plus d'une cuillerée à café de sérosité rougeâtre.

Le 29, une ponction donne un quart de cuillerée à café de sérosité rougeâtre. Les ganglions engorgés qui étaient derrière l'abcès sont notablement diminués de volume.

Les 30, 31 janvier et 1er février, l'engorgement ganglionnaire va toujours diminuant; on ne trouve plus trace de liquide.

Le 2 février, frictions avec la pommade à l'iodure de plomb.

Le malade sort le 11, complétement guéri. L'engorgement ganglionnaire a tout à fait disparu.

Abcès critiques. — Il est un autre genre d'abcès qui se prête parfaitement au traitement par les ponctions capillaires. Ce sont

ceux qui succèdent aux fièvres graves et auxquels on a donné le nom d'abcès critiques. Fluctuants dans toute leur étendue, accompagnés d'une inflammation peu intense, recouverts d'une peau saine, il suffit d'un très petit nombre de ponctions pour les guérir. Quoique la peau soit souvent décollée dans une assez grande étendue, elle adhère très rapidement aux parties profondes ; ce sont les abcès dont on vient à bout le plus vite. Il semble qu'il ne faut qu'aider un peu les efforts que fait la nature pour se débarrasser d'un produit morbide qu'elle sécrète assez souvent sur plusieurs points du corps à la fois. Déjà, j'ai noté que, dans certains abcès, un épanchement de sérosité rouge et quelquefois du sang pur prenait la place du pus. Cette dernière particularité se rencontre surtout chez les malades affectés d'abcès critiques. Ce qui s'explique, du reste, assez bien, par les dispositions particulières aux hémorrhagies qui sont le résultat de fièvres graves.

VINGT ET UNIÈME OBSERVATION.

Abcès profond de la partie postérieure de la jambe.

Miron (Joséphine), âgée de quarante-neuf ans, journalière, a été reçue à l'hôpital Lariboisière, le 6 janvier 1857. La malade entrait pour la seconde fois dans le service de M. Hérard, pour des accès de colique hépatique.

Le 20 janvier, la malade accuse pour la première fois des douleurs vives qu'elle ressent depuis cinq jours dans le mollet droit ; ces douleurs sont profondes, continuelles, empêchent le sommeil, se réveillent très vives, au moindre mouvement qu'on imprime à la jambe ; la palpation de la partie est très douloureuse ; gonflement uniforme du mollet, un peu d'œdème de la face dorsale du pied.

Le 25.— Les douleurs ont toujours été en augmentant, malgré cataplasmes, frictions, bains ; elles se prolongent vers la cuisse ; l'œdème du pied est considérable ; frissons le soir depuis deux jours. 110 pulsations. Douleurs très vives la nuit précédente.

Le 29.— M. Voillemier demandé par M. Hérard, fait une ponction avec un trocart fin sans canule ; il s'écoule environ 150 grammes de pus bien lié. Le troisième jour, un stylet conduit dans le foyer rétablissait l'écoulement interrompu depuis la veille ; il s'écoule 50 grammes de pus plus séreux.

Le dixième jour, 8 février, il s'écoule à peine une cuillerée de pus très séreux,

presque de la sérosité ; idem les jours suivants pendant lesquels on fait une légère compression sur la jambe.

Le seizième jour après la ponction, l'écoulement s'est complétement tari ; il reste un empâtement léger de la partie, de la roideur dans les mouvements, mais pas de douleurs ; la malade a pu marcher un peu la veille. Frictions avec la pommade d'iodure de plomb. La malade est guérie.

VINGT-DEUXIÈME OBSERVATION.

Abcès de la jambe. — Ponctions capillaires. — Guérison en huit jours.

Toussaint, mécanicien, âgé de vingt-six ans, est entré à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Napoléon, le 3 décembre 1856.

A la fin du mois de juin dernier, ce malade a été atteint de la fièvre typhoïde. Au bout de six semaines, alors qu'il était en convalescence, il fut pris de douleurs, d'abord dans la jambe droite, puis dans le genou droit. De là les douleurs s'étendirent aux autres articulations et ne cessèrent qu'au bout de deux mois. Il était à peine débarrassé de son rhumatisme, qu'il ressentit des douleurs vives dans le bras gauche. Bientôt survinrent de la rougeur et du gonflement. Au bout de quelques jours, apparition d'un abcès qu'il laissa s'ouvrir spontanément. Il y a à peine un mois qu'il est guéri de ce premier abcès. A cette époque survinrent quelques douleurs limitées à la jambe gauche ; elles étaient d'abord passagères, mais elles devinrent bientôt plus tenaces et, il y a quinze jours, s'accompagnèrent d'un peu de gonflement, d'œdème mal limité. Le mal continuant à faire des progrès, le malade entre à l'hôpital le 3 décembre. On trouve un gonflement de toute la jambe, cependant beaucoup plus prononcé à la partie externe. De plus, à ce niveau, la peau est très rouge, luisante et amincie dans le point le plus saillant de la tumeur. Les douleurs à ce niveau sont très fortes, surtout lorsqu'on exerce le toucher. Depuis deux jours, il y a des élancements ; enfin, on trouve une fluctuation très manifeste, tandis que, dans les autres points, le doigt ne donne la sensation que d'un empâtement œdémateux.

Ouverture avec le bistouri : issue d'un grand verre de pus. La jambe est ensuite entourée d'un large cataplasme.

Le lendemain et le surlendemain, le malade ne ressent presque plus de douleur ; le gonflement a presque disparu. Cependant, au niveau de la face interne du mollet, il existe une légère tuméfaction avec rougeur de la peau.

Le 6 décembre, la rougeur est plus vive ; la peau est tendue, mais non amincie ; il existe une fluctuation très manifeste. Ponction de l'abcès avec la tige d'un trocart : il s'écoule environ deux cuillerées d'un pus bien lié, mélangé de stries rougeâtres. Une seule ponction a suffi pour évacuer la totalité du foyer. (Cataplasmes pendant toute la journée.)

Le 7, le malade se trouve très bien ; plus de douleur. La rougeur de la peau a

beaucoup diminué. L'ouverture faite par le trocart est refermée. (Pas de ponction. Cataplasmes.)

Le 8, il n'existe plus qu'une légère rougeur de la peau. Pas de douleur. Cependant on constate, au toucher, de la fluctuation. On fait une ponction avec la tige d'un trocart explorateur, et cette fois il ne s'écoule qu'une cuillerée à café de pus mélangé à un peu de sang. Après l'évacuation du foyer, la peau est parfaitement revenue sur elle-même. (Cataplasmes.)

Le 9, on trouve un peu de pus sur le cataplasme, et, en pressant légèrement, on fait sortir seulement quelques gouttes de pus par l'ouverture faite la veille. Le lendemain, il ne s'écoule plus, par la pression, qu'un peu de sérosité rougeâtre. Du reste, la rougeur a complétement disparu ; le toucher n'est plus douloureux ; la peau paraît intacte au niveau de l'abcès ; le gonflement de la jambe a également disparu.

Le 13, il ne reste plus aucune trace extérieure de l'abcès. Les ouvertures faites par le trocart sont complétement refermées. La peau a repris son aspect normal. Cependant, on constate encore une légère fluctuation : on fait une petite ponction et il s'écoule à peine une cuillerée à café d'une sérosité sanguinolente ; mais pas la moindre trace de pus.

VINGT-TROISIÈME OBSERVATION.

Abcès, suite de fièvre typhoïde. Ponctions capillaires. Caillots sanguins dans la poche. Guérison en dix jours.

Fabre, âgé de vingt-huit ans, tailleur, est entré à l'hôpital Lariboisière le 23 avril 1856. Il était à peine convalescent d'une fièvre typhoïde grave, quand il éprouva une douleur vive à la partie supérieure et antérieure du tibia ; bientôt, il s'est manifesté un gonflement notable et enfin un abcès. Après avoir employé pendant un mois, inutilement, différents moyens pour le résoudre, il se décide à entrer à l'hôpital. Sur la face antérieure du tibia, à trois travers de doigt de l'articulation, existe une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, aplatie, molle, fluctuante, douloureuse à la pression et gênant beaucoup la marche. La peau n'est pas rouge et elle se laisse plisser sur la tumeur.

Le 23 avril, deux piqûres faites avec la tige d'un trocart explorateur donnent issue à une cuillerée à café d'un pus filant strié de sang. (Cataplasmes.)

Le 24, la poche est à peu près du même volume. Deux nouvelles ponctions donnent le même résultat que la veille. (Cataplasmes.)

Le 25, la tumeur est diminuée de plus de moitié et la fluctuation moindre. Une ponction donne issue à quelques gouttes de pus mélangé de sang. Cataplasmes.

Le 27, la tumeur n'a pas entièrement disparu. Le toucher n'y fait plus reconnaître de liquide, mais permet de constater la présence de petits caillots sanguins qui ont remplacé en partie le pus. Une ponction est pratiquée et rien ne sort. On établit une légère compression sur la poche.

Dans la place où existait la tumeur, on trouve les tissus un peu plus épais et plus durs que dans les parties voisines. On ne retrouve de fluctuation, d'empâtement dans aucun point. Le malade marche sans éprouver de douleur. Il sort le 2 mai complétement guéri.

Je crois avoir démontré ce fait, déjà avancé par Pelletan, que les foyers sanguins ne contiennent un liquide séreux que par suite de la séparation des principaux éléments du sang;

Que le traitement des épanchements de sang par les ponctions capillaires met les malades à l'abri des accidents graves auxquels ils étaient exposés par l'emploi des autres méthodes thérapeutiques; qu'il les guérit rapidement;

Que les ponctions capillaires peuvent être très utiles dans le traitement de certains abcès, en épargnant aux malades des cicatrices vicieuses et quelquefois de véritables difformités.

REMARQUES

SUR LES

FRACTURES EN V OU CUNÉENNES

ET SUR LES INFECTIONS AUXQUELLES ELLES DONNENT LIEU,

LUES DANS LA SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1855

Par M. GOSSELIN,
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

MESSIEURS,

Il est inutile de revenir sur la forme et les dispositions de ces fractures de la jambe sur lesquelles j'ai appelé l'attention dans une note publiée par la *Gazette des hôpitaux*, page 218, 1855, et dont M. Bourcy, ancien interne de l'hôpital Cochin, a fait l'objet de sa thèse inaugurale. Nous nous sommes suffisamment occupés de ces détails dans les deux séances du 14 et du 21 novembre 1855. Vous avez vu les pièces et vous avez pu reconnaître avec moi, qu'il s'agit bien d'une variété de fractures jusqu'ici mal indiquée par les auteurs. Si j'en ai fait l'objet d'études et de communications spéciales, ce n'est pas pour ajouter un chapitre exclusivement anatomique à l'histoire des fractures de la jambe, mais parce qu'à cette variété se rattachent un mécanisme, des phénomènes et des accidents particuliers, dont l'étude n'a pas été suffisamment faite.

Deux points principaux méritent encore un examen sérieux. Le premier concerne la relation incontestable qui existe entre la forme en V et des lésions plus ou moins multipliées et prolongées sur le fragment inférieur. On ne peut s'empêcher d'admettre, en regardant toutes les pièces, que les fissures ou l'écla-

tement du fragment inférieur ont été produites par le supérieur qui, à cause de sa forme en pointe allongée, a pu s'enfoncer entre les deux branches du V inférieur, et, à cause de sa résistance, a pu agir sur lui comme un coin qu'on y aurait fait pénétrer de force, soit par un mouvement de torsion ou de rotation, soit par une pression de haut en bas à laquelle l'action musculaire doit prendre une grande part, soit par ces deux mécanismes à la fois. A ce point de vue, l'expression de fracture en coin que nous a proposée M. Larrey est juste. J'ai préféré, jusqu'à présent, celle de fractures en V, comme indiquant mieux la direction primitive qui favorise et prépare en quelque sorte l'action en coin du fragment supérieur. Mais, je dirai volontiers que ce sont des fractures *cunéennes* ou en V, comme on dit des autres qu'elles sont transversales ou en raves, obliques ou en bec de flûte. On ne refusera pas non plus d'admettre qu'il y a sous le rapport du mécanisme de leur production une ressemblance entre celles de ces fractures dans lesquelles il y a pénétration évidente, et celles de l'extrémité inférieure du fémur que MM. Malgaigne et Trélat ont décrites, dans ces derniers temps, sous le nom de fractures bicondyliennes, dans lesquelles les deux condyles se séparent à la suite de la pénétration du fragment supérieur dans l'inférieur, fractures dont j'ai mis sous vos yeux un nouvel exemple; entre elles et celles de la base du grand trochanter, que MM. Hervez de Chégoin et Robert ont si bien étudiées, dans lesquelles le fragment supérieur formé par le col pénètre dans l'inférieur, l'écrase et fait éclater le trochanter; entre elles enfin, et celles de l'extrémité inférieure du radius, que M. Voillemier a fait connaître, et dans lesquelles le fragment inférieur prend la forme étoilée à la suite de la pénétration du fragment supérieur. De l'ensemble de ces faits, auxquels s'en ajouteront sans doute, avant peu, d'autres qui appartiendront au corps des os de l'avant-bras et à l'humérus, vous conclurez, avec moi, que

les fissures et les brisures comminutives du fragment inférieur, à la suite de la pénétration du supérieur, sont un fait assez général, et que leur mécanisme, décrit pour la première fois par M. Voillemier, pour le radius, s'applique à tous les os longs. Ce qu'il y a de spécial pour le tibia, c'est que la pénétration se fait au niveau de la diaphyse et non à l'extrémité inférieure, qu'en conséquence, le fragment inférieur présente de longues solutions de continuité, et qu'elle est rendue possible par une direction spéciale du trait primitif de la fracture, direction très différente de celles que nous avons trouvées dans nos auteurs classiques.

Le second point sur lequel j'ai désiré insister devant vous, est relatif à la gravité de ces sortes de fractures. Dans les observations dont vous avez vu les pièces, et dans deux autres qui m'ont présenté les mêmes dispositions à une époque où mon attention n'était pas éveillée sur ce sujet, les malades sont morts, les uns au bout de quelques jours, les autres un peu plus tard. Les premiers ont été pris de frisson et d'une fièvre grave avec délire et teinte ictérique de la peau, au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, et sont morts environ quinze heures après. A l'autopsie, on n'a trouvé aucune lésion viscérale, aucun abcès métastatique, point de pus dans les veines. Les seconds ne sont devenus gravement malades que huit, dix ou quinze jours après l'accident; ils ont été pris d'une fièvre analogue à la précédente, mais qui s'est prolongée davantage et a présenté les caractères de l'infection purulente; ainsi sont morts, en particulier, mon premier malade et celui de M. Chassaignac, qui tous deux avaient des fractures sans plaie. Le dernier avait du pus dans les veines et des abcès métastatiques; mais le mien n'avait pour toute lésion appréciable, qu'une suppuration entre les fragments, sans pus dans les grosses veines, et sans aucun abcès métastatique; et, à cet égard, je dois faire observer comme élément intéressant

dans les développements qui vont suivre, qu'à l'hôpital Cochin, je rencontre rarement la suppuration des grosses veines et les abcès métastatique chez les malades qui succombent, après avoir offert les symptômes de l'infection purulente.

Je ne prétends pas dire que tous les malades atteints de fractures en V mourront nécessairement, et encore moins que ceux qui ont d'autres fractures ne mourront pas ; mais il est digne de remarque, que cette terminaison fatale a eu lieu sur cinq ou six des malades dont je connais les observations, et dont deux au moins avaient des fractures sans plaie ; et je ne puis m'empêcher de trouver, tant pour l'époque variable de la mort que pour les accidents une certaine analogie entre ces sortes de blessures et les amputations ou les fractures par armes à feu de la cuisse ou de la jambe. Je ne parle, bien entendu, que de ce qui a lieu chez les adultes ; car nous savons tous, et j'aurai à le redire tout à l'heure, que les mêmes lésions chez les enfants guérissent beaucoup plus fréquemment.

Reste à examiner à quelles conditions spéciales il faut attribuer la mort, dans ces grandes blessures des os, et notamment dans les fractures cunéennes ou en V. Je touche là, je le sais, l'un des problèmes les plus difficiles de la pathologie et de la clinique ; mais ce n'est pas à une époque aussi féconde que la nôtre en investigations d'anatomie et de physiologie pathologiques que l'on doit reculer devant de pareilles difficultés, surtout quand de leur étude peuvent découler des notions utiles pour la thérapeutique et l'hygiène chirurgicale.

Je pose donc nettement le problème : Étant donnée une fracture par arme à feu de la jambe, une fracture en V ou une amputation qui a été suivie de mort, quelle a été la cause de cette terminaison ? Ici, établissons tout d'abord la distinction que la clinique nous montre, et cherchons quelle est cette cause quand la mort survient rapidement et de bonne heure, dans les

quatre premiers jours? quelle elle est quand la mort a lieu un peu plus tard et plus lentement? Pour la mort des premiers jours, je ne trouve pas dans la science de solution toute faite qui soit généralement acceptée. Les uns disent bien que c'est une fièvre traumatique trop intense; les autres parlent d'accidents nerveux; d'autres, d'une prédisposition ou d'une maladie antérieure que l'ébranlement a aggravée; quelques-uns invoquent un accès grave de fièvre intermittente pernicieuse. Aucune de ces théories ne me satisfait. Je ne me plains pas qu'elles soient trop hypothétiques; car, toutes les fois qu'il s'agira d'expliquer la cessation de la vie, il faudra bien arriver à une hypothèse, ou du moins à une allégation qui ne sera pas susceptible d'une démonstration matérielle. Je les trouve seulement incompréhensibles ou insuffisantes, en ce sens qu'elles n'expliquent pas assez nettement la différence de gravité entre les plaies sans fracture et les plaies avec fracture, et en ce qu'elles n'établissent aucun rapprochement étiologique entre la maladie qui a lieu dans ces cas, et d'autres maladies qui, par l'ensemble des symptômes, lui ressemblent notablement. Que voyons-nous, par exemple, chez les sujets qui succombent à la suite de blessures évidemment empoisonnées, comme celles qui sont faites par les animaux venimeux, les instruments ou les objets chargés de matières organiques contagieuses, comme pour la morve ou le charbon, ou seulement de matières organiques en putréfaction, comme pour les piqûres des anatomistes? Une inflammation locale parfois modérée, et une fièvre grave souvent suivie de mort, sans qu'à l'autopsie on trouve aucune lésion appréciable. Dans ces cas, nous admettons sans hésiter qu'un empoisonnement a eu lieu, que la matière toxique est entrée par la plaie et que son introduction dans l'économie a été cause de la fièvre et de la mort. Personne ne conteste la même explication, quoique le poison soit encore plus difficile à spécifier dans le cas de fièvre

intermittente, et bien des médecins voient aujourd'hui un empoisonnement par des matières organiques dans la fièvre typhoïde, dont les symptômes, quand la maladie est grave, ressemblent à ceux de nos blessés. En rapprochant ces maladies les unes des autres, en voyant combien elles se ressemblent par leurs expressions symptomatiques, je suis amené à penser qu'elles se ressemblent aussi par leur origine, et que dans toutes il y a une intoxication, et ainsi, au lieu des explications vagues et exceptionnelles que j'indiquais tout à l'heure, j'attribue la mort à un empoisonnement, sorte de typhus traumatique, ou empoisonnement traumatique, pour me servir d'une expression déjà employée par M. Chassaignac. Quel est le poison? d'où vient-il? par où passe-t-il? Autres questions très ardues que nous devons cependant examiner. Mais avant, recherchons quelle est la cause de la mort, quand elle arrive du dixième au vingtième jour.

Ici, je trouve un nombre imposant de chirurgiens qui, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, n'ont pas hésité à reconnaître une intoxication, et même à nous dire que le poison est le pus passé dans le torrent circulatoire. Peu importe pour le moment qu'avec les anciens, on admette une métastase; avec M. Velpeau, une résorption du pus à la surface de la plaie; ou qu'avec Dance, Blandin et M. Cruveilhier, on admette la formation préalable du pus dans les veines, qui l'envoient ensuite dans le torrent circulatoire. Ce qu'il y a de capital, c'est que bien peu de praticiens se refusent à voir aujourd'hui, dans l'infection purulente, un empoisonnement. Je me rallie pleinement à cette opinion, en invoquant encore l'analogie dans les symptômes; je vois dans cet empoisonnement consécutif, à peine contesté, un argument de plus en faveur de l'empoisonnement pour la mort des premiers jours. Mais faut-il admettre, avec presque tous nos contemporains, que c'est toujours le pus en nature qui constitue le poison? Je ne saurais être de cet avis,

par la raison toute simple que j'ai vu plusieurs fois, et notamment à l'hôpital Cochin où c'est fréquent, les symptômes de l'infection purulente sans pus dans les veines et sans abcès métastatiques, et que d'autres fois j'ai vu, particulièrement à l'hôpital Saint-Louis après les journées de juin, des infections purulentes avec abcès métastatiques, sans qu'il y eût de pus dans les veines. Je connais les objections qu'ont soulevées déjà des dénégations semblables à celles que j'avance, et je ne veux pas employer le temps de la Société à les énumérer et à y répondre. Il me suffira de dire que les faits sur lesquels je m'appuie ont été observés sous l'impression des leçons et des idées de Blandin, et de me résumer en disant que, si le pus sert de poison dans certains cas d'infection purulente, la matière toxique est différente dans certains autres, et en particulier dans ceux où on ne trouve pas de phlébite suppurée. Quel est donc, enfin, ce poison insaisissable qui, introduit par les plaies, tue les malades peu d'instants ou un certain nombre de jours après la blessure? Je voudrais pouvoir le nommer et le montrer à la Société, mais il m'est aussi impossible de le faire que de montrer le poison de la morve, du charbon, de la syphilis, etc. L'analogie et le raisonnement nous disent qu'il y a empoisonnement ; c'est encore à l'analogie et au raisonnement que nous demandons des indications sur la nature du poison.

Toutes les blessures ne sont pas suivies d'infection ; celles qui y exposent le plus sont celles des adultes, dans lesquelles les grands os de l'économie sont coupés ou broyés, surtout quand la blessure met ces os en communication avec l'air et quand cet air est préalablement altéré par des matières organiques, comme dans les salles d'hôpitaux. Il faut donc qu'il y ait dans la lésion des os une condition favorable à l'intoxication. Ici, nous avons à choisir entre deux hypothèses.

Ou bien les os ont un pouvoir d'absorption plus grand que

celui des parties molles, ils s'emparent de produits putrides et délétères provenant de la décomposition du sang, de la lymphe ou du pus, produits que les parties molles elles-mêmes, à l'exception peut-être des grosses veines, n'auraient pas eu le pouvoir d'absorber. Les expériences encore trop peu nombreuses que j'ai faites sur ce sujet ne me permettent pas de considérer cette hypothèse comme très plausible. Si elles ne me conduisent pas à nier que les os et surtout leur substance médullaire absorbent les substances étrangères mises en contact avec eux, elles m'autorisent à croire que cette absorption est moins active que celle des parties molles. Il est vrai, d'un autre côté, que la solution de continuité de l'os ajoute à la blessure une surface plus étendue, d'autant plus étendue que la fracture est plus comminutive et plus écrasée; il peut en résulter que les matières septiques, absorbées à la fois par eux et par les parties molles, passent en assez grande quantité pour produire des effets que la seule absorption par les parties molles n'aurait pas donnés. Cette hypothèse s'appuierait surtout sur les faits dans lesquels il y a un grand délabrement osseux. Je me demande seulement pourquoi les mêmes effets n'auraient pas lieu chez les enfants, à la suite des accidents de ce genre.

Ou bien les os fournissent eux-mêmes la substance qui, s'altérant au contact de l'air, et parfois sans ce contact, se change en un poison qu'absorbent ensuite les veines soit des parties molles, soit des os eux-mêmes. Je ne puis croire que les sels terreux soient aptes à jouer ce rôle ; mais je vois dans les os une substance organique albumineuse et graisseuse, la moelle, dont les altérations au contact de l'air, après la mort, donnent des produits de mauvaise odeur, et dont les lésions, pendant la vie, pourraient bien donner naissance à des produits septiques et au poison que nous cherchons. Comme, d'une part, cet élément manque dans les plaies des parties molles, et que, d'autre

part, il n'offre ni la même composition ni les mêmes proportions aux divers âges, je vois là des raisons pour penser qu'il prend, chez les adultes, une grande part aux accidents; que son attrition, sa dilacération et même sa simple exposition à l'air, peuvent amener sa transformation en substances délétères et toxiques, plus capables de déterminer la mort que les matières organiques décomposées à la suite des plaies intéressant seulement les parties molles. J'entrevois aussi, dans une forme particulière de décomposition de la moelle, la production des gaz et de l'emphysème local dans les fractures.

Et maintenant, pour revenir à notre point de départ, je compare les lésions des fractures cunéennes à celles des fractures transversales et obliques, et j'y trouve deux différences capitales. La première, c'est que la solution de continuité, se prolongeant au loin sur le fragment inférieur dans les premières, donne une surface absorbante plus étendue que celle des dernières et expose par conséquent davantage à l'introduction dans l'économie de matériaux toxiques trop abondants. La seconde, c'est que, par le mécanisme même du coin, la substance médullaire, surtout lorsqu'il y a pénétration, est plus écrasée, plus altérée dans sa structure, plus disposée par conséquent à se transformer, même sans le contact de l'air, en matériaux toxiques d'autant plus dangereux que la voie d'introduction est plus large; et je formule cette opinion, que dans ces fractures, comme à la suite des coups de feu et des amputations, la cause de la mort est une infection organique prématurée ou consécutive, due à la formation d'un poison aux dépens de la substance médullaire et à son absorption sur des surfaces étendues.

Comme déduction pratique, je crois pouvoir établir qu'il faut, dans toutes les fractures de la jambe, rechercher si la solution de continuité offre la disposition que nous venons d'indiquer; que, si l'on arrive à reconnaître ces fractures cunéennes

quand il n'y a pas de plaie, on doit craindre des accidents, et combattre, dès qu'ils se montrent, les premiers symptômes d'infection au moyen des purgatifs répétés et des saignées générales; que, dans les cas de fractures en V avec plaie, l'amputation immédiate offre plus de chances de succès que la conservation du membre; et qu'enfin, si, par refus du malade ou par toute autre cause, l'amputation est ajournée, l'irrigation continue est le moyen le plus propre, soit pour empêcher la formation du poison, soit à l'entraîner au dehors s'il se produit.

Je n'ai voulu poser aujourd'hui la question d'empoisonnement que pour les grandes blessures des os. Je suis très disposé à croire que beaucoup d'autres maladies fébriles chirurgicales, celles, par exemple, qu'on observe après l'ouverture des abcès migrateurs, après les incisions et les opérations sur l'urèthre, après l'ouverture des hématocèles avec épaississement; celle qui caractérise l'érysipèle, celle, enfin, que l'on nomme fièvre puerpérale, s'expliquent par une intoxication analogue. Mais je réserve pour une autre occasion l'étude de ces questions.

DE LA

DÉSARTICULATION COXO-FÉMORALE

AU POINT DE VUE DE LA CHIRURGIE D'ARMÉE,

Par M. LEGOUEST,

Médecin-major, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Après les batailles de l'Alma et d'Inkermann treize désarticulations coxo-fémorales ont été pratiquées : primitives ou secondaires, toutes ont été suivies de mort. Ce nombre considérable d'opérations malheureuses faites récemment, et celui plus considérable encore qui les précède, mis en regard des rares succès obtenus, m'ont suggéré les réflexions exposées après l'observation suivante.

OBSERVATION.

Wolokenski (Ignace), prisonnier russe, soldat au 5ᵉ de ligne ; âgé de trente ans; né dans le gouvernement de Lublin, en Pologne; d'une bonne constitution ; fut blessé à la bataille d'Alma le 20 septembre, d'un coup de feu dans les trochanters du côté gauche. Transporté à Constantinople, il entra au grand hôpital de Péra, le 24, et me fut présenté en consultation, le 1ᵉʳ octobre, dans l'état suivant :

Aspect et état général satisfaisants, peu de fièvre.

La cuisse gauche à sa racine, présente un volume à peu près d'un tiers plus considérable que la cuisse droite ; à l'union du quart supérieur avec les trois quarts inférieurs, sur la région antérieure, se trouve l'ouverture d'entrée de la balle ; celle-ci dirigée de bas en haut et de dedans en dehors a cheminé d'abord dans les parties molles, pour n'atteindre le fémur qu'à la hauteur des trochanters, en allant du petit vers le grand, le briser, et venir se présenter sous la peau dans la fosse iliaque externe à 2 centimètres de la crête et vers son milieu ; elle a été extraite, et le blessé me la fait examiner; presque complétement aplatie, creusée par les os de sillons nombreux, elle est d'un poids considérable, très facile à reconnaître pour une balle cylindro-conique, et paraît entière malgré sa déformation. L'ouverture de l'extraction comme l'ouverture d'entrée, donne un peu de sanie purulente ;

le doigt introduit dans cette dernière ouverture parvient difficilement jusqu'à l'os, mais constate néanmoins qu'il a été complétement broyé.

L'amputation de la cuisse dans l'article fut décidée et pratiquée le 3 octobre en présence de la majeure partie de nos confrères.

Elle fut exécutée par le procédé à lambeau antérieur, avec cette modification que toute la partie postérieure du membre fut circonscrite d'un coup de couteau, n'intéressant que la peau et allant d'un côté à l'autre de la base du lambeau antérieur, suivant le trajet du pli de la fesse. Les ligatures furent faites avant la désarticulation même, qui présenta quelques difficultés, l'os brisé ne pouvant servir de levier; la tête dégagée, fut saisie et écartée de l'os coxal, pour passer le couteau entre elle et lui, et tailler à plein tranchant en trois ou quatre fois, tous les muscles de la partie postérieure à la hauteur de l'incision préalable de la peau.

De nouvelles ligatures furent appliquées; leur nombre total fut de neuf; la plaie fut réunie par dix-huit points de suture entrecoupée et pansée simplement, une mèche introduite profondément vers sa partie externe et inférieure, les fils des ligatures ramenés par leur plus court trajet et fixés sur le lambeau antérieur.

L'opération et le pansement avaient duré vingt-six minutes.

Le malade a pu perdre 300 à 400 grammes de sang, qui s'écoula en grande quantité au moment de la ponction de la base du lambeau, en filant le long de la lame de l'instrument.

Il ne revint que lentement de l'anesthésie ; au point même d'inspirer quelques craintes à ceux des assistants non familiarisés avec le chloroforme.

Transporté dans son lit, Wolokenski prit quelques cuillerées de bouillon, un peu de vin sucré et s'endormit pendant deux heures d'un sommeil calme et paisible.

Depuis le 4 octobre jusqu'au 14, nous fûmes obligé de renouveler chaque jour l'appareil complétement souillé; la suppuration s'est régulièrement établie depuis le 10; le pus est peu louable mais en quantité modérée; la réunion s'est faite dans différents points, surtout vers la partie inférieure et interne de la plaie; plusieurs points de suture ont été enlevés.

L'état général a constamment été satisfaisant; à peine y a-t-il eu un peu de fièvre. Le malade dort bien; il est arrivé rapidement à manger le quart de la portion, du chocolat le matin, et à boire deux verres de vin de Bordeaux dans la journée.

L'œil qui lui reste, car il a perdu le gauche dans la guerre de Hongrie, est bon ; il rit volontiers, témoigne sa reconnaissance d'une manière très expressive, et fume sa pipe après chaque repas.

Du 15 au 31 octobre le malade est pris d'une diarrhée des plus intenses avec vives douleurs dans l'abdomen; ces accidents, accompagnés de refroidissement extrême, de lipothymies et de sueurs profuses, sont combattus par quelques préparations de quinquina opiacé. L'opéré est mis pendant cinq jours dans un appareil incubateur.

Du 1er au 5 novembre, le malade se rétablit graduellement; les accidents du côté

de l'intestin ont tout à fait disparu; l'appétit est amplement satisfait; les nuits sont bonnes.

La plaie est presque entièrement cicatrisée; mais en comprimant largement la fesse, on fait sortir une assez grande quantité de pus de la cavité cotyloïde même, ce qui détermine à faire quelques injections variées, d'orge miellée, de teinture d'iode, de vin aromatique et à établir une compression avec des coussinets de coton, en regard de la cavité.

Après quelques oscillations dans la quantité de la suppuration, la plaie se cicatrise complétement, et le moignon ne présente plus, le 10, que trois points fistuleux : l'un à la hauteur de la cavité cotyloïde, donnant chaque matin de 10 à 15 grammes de pus, l'autre à la partie interne de la cicatrice, et le troisième sur son milieu; ces deux derniers ne laissent suinter qu'un peu d'humidité.

Du 10 au 15 les pansements ne se font plus que tous les deux jours, et le blessé se lève le 16; soutenu par deux de ses camarades, il fait le tour de la salle.

Du 16 novembre au 20 décembre, pendant plus d'un mois, on ne s'occupa plus de Wolokenski que pour lui donner à manger. La cicatrice ne présentait plus vis-à-vis la cavité articulaire, qu'un très petit point fistuleux donnant à peine une goutte de pus ; le blessé frappait sur son moignon, pour témoigner du bon état dans lequel il se trouvait; il était fréquemment porté à l'air libre, se levait, se promenait dans la salle et faisait le tour des corridors avec des béquilles et surveillé par un infirmier.

Je le crus hors de cause : c'est alors que j'eus l'honneur de le présenter à M. l'inspecteur Lévy, directeur du service de santé de l'armée d'Orient; dans son inépuisable bonté, M. Lévy demanda au ministre de la guerre et obtint que mon opéré, bien que prisonnier russe, fût évacué sur le Val-de-Grâce. Un grand nombre de chirurgiens anglais vinrent de Scutari pour voir cette sorte de phénomène chirurgical, que la plupart de nos confrères et quelques professeurs de l'école de médecine de Constantinople purent examiner à loisir.

Très pénétré de son importance, soigné et choyé par les sœurs de charité, Wolokenski était devenu une sorte de Vert-Vert fort exigeant, à qui les dames européennes de Péra venaient rendre visite et apporter des bonbons.

La veille même du jour où je reçus de M. Lévy l'autorisation d'évacuer mon blessé sur le Val-de-Grâce, le 20 décembre, il fit une chute en se promenant dans les corridors et tomba à la renverse sur son moignon qui saigna abondamment.

Le lendemain le moignon s'enflamma, et quelques jours après, une suppuration abondante et sanieuse se fit jour par le point fistuleux en regard de la cavité articulaire; en même temps reparurent les deux autres fistules inférieure et interne; le malade se plaignait de douleurs vives le long du trajet des vaisseaux cruraux, suivant lesquels le doigt faisait sortir par la fistule inférieure, une assez grande quantité de suppuration mal liée, séreuse ou mêlée de sang.

Tout le mois de janvier se passa dans des alternatives de bien et de mal; la diarrhée survenait pendant quelques jours pour s'arrêter et revenir encore ; le malade fut pris plusieurs fois de vomissements violents, avec douleurs très vives

dans le flanc gauche; le lendemain il se trouvait généralement mieux ; il allait néanmoins s'affaiblissant, ne se levant plus; la peau prenait une teinte jaune; de temps à autre des sueurs profuses l'inondaient; il avait perdu sa gaieté, son espoir, et pleurait pour le motif le plus futile.

De nouvelles hémorrhagies, peu abondantes il est vrai, s'étaient représentées; le pus s'écoulait en grande quantité du moignon qui diminuait rapidement de volume; les points fistuleux étaient devenus des ulcères béants, par lesquels l'air pénétrait dans les profondeurs de la plaie, donnant lieu à une sorte de gargouillement.

Le 30 janvier, après quelques jours de bien-être, ce malheureux fut repris de diarrhée très intense, que rien ne put arrêter; il se déclara en même temps un œdème qui envahit le moignon, les hanches, le membre inférieur droit et quelque peu la face.

Toute la cicatrice s'ulcéra et présenta dans plusieurs points des solutions de continuité; la suppuration s'altéra davantage encore et fut remplacée par un liquide roussâtre, fétide, quelquefois mêlé de sang en assez grande abondance; les lacunes de la cicatrice s'élargirent et prirent une coloration noirâtre; on déterminait en pressant sur le lambeau devenu d'une flaccidité extrême, une douleur très vive, le long du trajet des vaisseaux.

Dans la nuit du 2 au 3 janvier, après des selles innombrables, une douleur extrême se manifesta dans tout l'abdomen; elle s'exaspérait à la moindre pression dans la fosse iliaque gauche; le malade poussait des cris, pleurait, s'agitait et était en proie à la dernière anxiété; la douleur, après deux ou trois jours employés à la combattre par des moyens appropriés, s'affaiblit progressivement en même temps que le malade qui s'éteignit le 9 févrièr à trois heures du matin, quatre mois après son opération.

Autopsie. — Elle fut faite vingt-quatre heures après la mort; en voici les détails les plus intéressants :

Dans l'épaisseur du lambeau on rencontre un épanchement de sang coagulé du volume d'une noix; entre les conduits fistuleux, le tissu cicatriciel est resté intact et forme des ponts et des îlots parfaitement organisés.

En soulevant le lambeau, on arrive dans une vaste cavité, à surfaces couvertes de détritus gangréneux, et ayant pour centre la cavité cotyloïde, elle-même comblée par des tissus désorganisés; l'encroûtement cartilagineux a disparu et le fond de la cavité présente une surface rugueuse, couleur lie de vin et se laissant facilement entamer par le scalpel.

L'abdomen étant ouvert, on trouve en soulevant avec précaution les parties : d'abord, la portion supérieure de l'S iliaque et au-dessous le muscle psoas-iliaque qui recouvre et limite un foyer purulent, semblable à une caverne spacieuse, s'étendant dans toute la fosse iliaque interne et pénétrant jusque dans le petit bassin où la surface correspondant à la cavité cotyloïde est dénudée; la limite supérieure de l'abcès arrive jusqu'aux attaches du psoas aux dernières vertèbres lombaires.

Une communication existe entre l'abcès et l'intestin au moyen d'une adhérence établie entre ce dernier et le muscle sous-jacent, adhérence perforée d'une ouverture pouvant admettre une plume de corbeau ; le malade n'avait jamais eu de selles purulentes.

En examinant les parois de ce foyer, nous trouvons avec surprise un corps étranger, que nous reconnaissons pour une portion de balle cylindro-conique, aplatie, de l'épaisseur d'une pièce d'un franc, de la grandeur et de la forme de l'ongle du pouce ; cette lamelle de plomb est logée dans une petite fossette creusée dans l'os des iles, un peu au-dessus de la limite postérieure du détroit abdominal. Il n'existe aucune fracture, aucun trajet apparent dans les parties molles ; après les recherches les plus minutieuses, enlevant entièrement la paroi antérieure de l'abcès, on voit qu'il communique avec la grande cavité du lambeau au moyen d'un canal situé sous le tendon réfléchi du psoas-iliaque ; en portant le doigt au côté externe de ce canal, immédiatement au-dessous de l'épine iliaque inférieure et de dehors en dedans, il arrive dans un conduit étroit que la balle s'est frayée à travers les fibres les plus externes du muscle iliaque dans une direction presque parallèle à la crête de l'os coxal dont il est distant de 0,04. Ce trajet s'arrête à 0,03 du rebord postérieur de l'os où l'on trouve une sorte d'empreinte de 0,01 de diamètre ; un peu en dedans et contiguë à la première on rencontre une nouvelle empreinte un peu plus large et plus profonde ; enfin au-dessous de celle-ci, mais plus en dedans encore, en rapport par le côté interne de sa circonférence avec la symphyse sacro-iliaque, se voit l'excavation dont j'ai parlé, ayant 0,03 de diamètre vertical, 0,02 de diamètre horizontal et 0,015 de profondeur : c'est là que la balle a été retrouvée ; il est probable que sous l'influence de la marche, des mouvements du corps et de son propre poids, elle a cheminé de station en station jusqu'à ce qu'elle ne puisse plus se déplacer.

Les vaisseaux du lambeau ont contracté entre eux et avec les parties environnantes des adhérences intimes ; l'artère présente sa contexture normale et se termine en cul-de-sac ; elle recouvre la veine remplie de caillots très consistants ; ceux-ci remontent jusqu'au confluent de la veine iliaque gauche avec la droite.

Dans sa portion abdominale la veine cave a été envahie par une phlébite suppurative ; on y rencontre trois foyers purulents volumineux, parfaitement limités par des caillots.

La veine crurale droite est également comblée de caillots noirâtres et, vers le milieu de sa longueur, l'on y trouve manifestement du pus mêlé à du sang sans délimitation du foyer.

Les autres organes ne présentent rien d'important à signaler.

Cette autopsie nous donna l'explication de certains phénomènes présentés par Wolokenski ; des accidents formidables qui se déclarèrent du côté de l'abdomen dans la première période de son traitement ; après la rechute, de la diarrhée et des

vomissements plusieurs fois conjurés et reparaissant toujours; des hémorrhagies, de l'abondance de la suppuration, de l'ulcération de la cicatrice, phénomènes que nous rattachions aux conditions générales qui pèsent sur tous les blessés réunis en grand nombre et que nous combattions surtout par les moyens hygiéniques.

Un appréciateur indulgent pourra penser avec nous que si ce malade n'eût pas fait cette chute fatale sur son moignon, què s'il eût été enlevé à temps aux influences fâcheuses du lieu dans lequel il vivait, c'est-à-dire au milieu de 1800 malades resserrés dans un fort petit espace, malades infestés de scorbut et de pourriture d'hôpital, décimés par l'infection purulente, presque tous atteints de diarrhée et de dysentérie chroniques, souvent visités par le choléra, la portion de balle qu'il portait dans la fosse iliaque eût pu s'enkyster, comme on en a vu de nombreux exemples, l'unique point fistuleux de la cicatrice se tarir, et l'amputation de la cuisse dans la contiguïté compter un succès de plus.

Après avoir été aussi près de la réussite que nous l'avons été, on pourrait nous croire disposé à la tenter de nouveau; il n'en est rien. Il est certaines opérations qu'on fait, mais qu'on ne recommence plus, précisément parce qu'on les a faites.

Nous croyons l'amputation coxo-fémorale de ce nombre; c'est de plus une de ces opérations retentissantes dont la valeur aux yeux des chirurgiens est beaucoup moindre qu'à ceux du public.

Sans la rejetter, nous la réserverions seulement pour les maladies organiques du fémur, incurables par tout autre moyen, espérant trouver plus d'avantage à la proscrire, ou du moins à ne la pratiquer que médiatement comme l'indiquait déjà M. Sédillot en 1841, dans la grande majorité des cas de chirurgie d'armée, c'est-à-dire dans les fractures par coups de feu, soit des trochanters, soit du col, soit de la tête du fémur.

Cette maxime posée par les chirurgiens militaires et surtout par Larrey et Ribes, que toute fracture du fémur par coups de feu exige l'amputation du membre, est loin d'être aussi absolue qu'on veut bien le croire.

Chaque jour nous la voyons transgresser avec succès : Larrey lui-même était loin d'y obéir toujours, et nous devons à l'obligeance de M. H. Larrey, d'avoir vu une preuve vivante de la chirurgie conservatrice de son père, dans un cas précisément de fracture du fémur dans les trochanters.

La désarticulation de la cuisse, comme nous le disions tout à l'heure, est une de ces opérations si retentissantes, que tous les chirurgiens qui ont obtenu un succès, se sont empressés de le publier, mais il est aussi permis de croire que tous ceux qui ont essuyé des revers n'en ont pas rendu compte. Nous avons cherché à réunir tous les faits de désarticulations coxo-fémorale pratiquées à la suite de coups de feu, faits épars dans les auteurs, ou non publiés ; en voici le relevé.

DÉSARTICULATIONS COXO-FÉMORALES A LA SUITE DE COUPS DE FEU.

CHIRURGIENS.	OPÉRÉS.	GUÉRIS.	MORTS.
Opérations immédiates.			
LARREY, *Clinique*, t. V.	6	»	6
S. COOPER, *Dictionnaire*, p. 85.	2	»	2
LETULLE, *Relation du siège d'Anvers*, par M. H. Larrey.	1	»	1
HUTIN, *Mémoires de médecine militaire*, t. XLIV. . . .	2	»	2
SÉDILLOT, *Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. II, p. 279.	5	»	5
GUYON, Expédition de Cherchel (Algérie), avril 1840. .	1	»	1
RICHET, Journées de Juin 1848.	1	»	1
JUBIOT, *Thèse* de Montpellier 1840.	3	»	3
ARMÉE D'ORIENT, Communiqués par M. Thomas, chirurgien principal de l'ambulance de la 1re division. . .	9	»	9
	30	»	30

CHIRURGIENS.	OPÉRÉS.	GUÉRIS.	MORTS.
Opérations médiates.			
LARREY, *Clinique*, t. V.	1	1	»
GUTHRIE, *idem*.	1	1	»
BAUDENS, *Traité des plaies d'armes à feu*.	1	1	»
WEDEMEYER. *Bulletin de Férussac* (*sc. méd*,) t. III, p. 161.	1	»	1
ROBERT, Journées de Juin 1848.	1	»	1
GUERSANT, *idem*.	1	»	1
VIDAL, *Traité de chirurgie*.	1	»	1
MOUNIER, Constantinople 1854.	3	»	3
LEGOUEST, *idem*.	1	»	1
	11	3	8
Opérations ultérieures.			
WEDEMEYER, *loco citato*.	1	»	1
BROVVIGG, 12 décembre 1812.	1	1	»
CLOT-BEY, *Observations*, Marseille 1830.	1	»	1
	3	1	2

Voilà donc les résultats de la désarticulation coxo-fémorale faite à la suite de coups de feu; pas un des blessés opérés immédiatement n'a survécu; près des trois quarts de ceux qui n'ont subi qu'une opération médiate ont succombé, et l'on n'a perdu que les deux tiers des amputés ultérieurement.

Dans la première catégorie, quelques-uns des opérés sont morts pendant l'opération même; d'autres à peine reportés dans leur lit; d'autres encore 10, 24, 36 ou 48 heures après l'opération; tous avant le terme de dix jours, excepté deux des militaires cités par Larrey, qui vécurent l'un vingt-et-un, l'autre trente jours. Une opération aussi désastreuse, mérite-t-elle d'être conservée dans ces circonstances, et le doute exprimé par M. Sédillot ne semble-t-il pas devoir se changer en certitude? Nous croyons pour notre part que la désarticulation de la cuisse ne doit jamais être pratiquée immédiatement, à moins qu'il ne reste au chirurgien que peu de chose à faire pour séparer complétement le membre du tronc.

Nous trouvons, au contraire, trois succès sur onze opérations

médiates; ce chiffre paraîtra considérable, surtout si l'on veut bien se rappeler la proportion des succès dans les amputations de cuisse dans la continuité seulement; c'est pourquoi nous disions tout à l'heure que les amputations dans l'article, suivies de mort, n'avaient probablement pas toutes été publiées.

L'opéré cité par Wedemeyer mourut dix heures après l'opération; ceux de MM. Robert, Guersant, Vidal, dans les premiers jours qui la suivirent; des trois opérés de M. Mounier, l'un fut enlevé trois jours après l'opération par une attaque de choléra, le second vécut quinze jours et succomba à une hémorrhagie foudroyante, le troisième fut pris après vingt jours du même accident.

Wolokenski, dont nous avons rapporté l'histoire, vécut un peu plus de quatre mois.

Les opérations ultérieures, c'est-à-dire pratiquées près d'un an après l'accident, comme celles de Wedemeyer et de Browigg, ou dix-huit mois, comme celle de M. Clot-Bey, ont réussi une fois sur trois; il devait en être ainsi car elles sont analogues à celles que nécessitent les affections organiques du fémur.

Moins malheureuses que les opérations immédiates, les opérations médiates et ultérieures comptent donc quelques succès; ces résultats obtenus à grand'peine, notés avec le plus grand soin par les chirurgiens heureux, peuvent-ils être mis en comparaison avec ceux que donne la conservation du membre? La fâcheuse tendance, à laquelle en dépit d'eux-mêmes, ont obéi et obéissent encore un grand nombre de chirurgiens, c'est de faire plus grand cas d'une opération suivie de succès que d'une guérison obtenue par leurs soins assidus, et par l'ingénieuse combinaison de tous les moyens en leur pouvoir, mais sans le secours de l'instrument tranchant.

On publie volontiers la réussite d'une opération grave, on

laisse passer sous silence les succès plus modestes mais plus précieux de la chirurgie conservatrice.

Tel est le cas, nous en sommes convaincu, de la plupart de ceux qui ont traité des fractures du col ou des trochanters, en conservant le membre; aussi possédons-nous un assez grand nombre d'observations de désarticulations de la cuisse, peu ou point d'observations de conservation; nous avons tenté de réunir toutes les opérations de ce genre qui ont été pratiquées à la suite de coups de feu, et pour cela nous avons été obligé de recourir soit aux faits cités par les auteurs, soit à l'obligeance de quelques confrères; on nous accordera que le nombre de celles qui ont pu nous échapper est fort minime. Toutefois, nous avons préféré nous en tenir à notre propre expérience, quelque restreinte qu'elle soit, pour apprécier les résultats que donne la conservation du membre.

Nous avons par devers nous quatre cas de fracture du col ou des trochanters; deux autres appartiennent l'un à Larrey, l'autre à M. Sédillot : de ces six cas, dans lesquels le membre a été conservé, trois ont eu une terminaison fatale, trois ont été amenés à une heureuse guérison; les voici en quelques mots.

OBSERVATIONS DE COUPS DE FEU DANS LES TROCHANTERS, traités sans amputation.

PREMIÈRE OBSERVATION (LARREY père, Campagne de 1812).

M. X..., présenté en 1854 à la clinique chirurgicale du Val-de-Grâce par M. H. Larrey, reçut en 1812 un coup de feu dans les trochanters du côté gauche : M. X... raconte qu'il tomba sur le même côté, le membre inferieur gauche brisé et le talon relevé en arrière à une très grande hauteur. Il fut visité et soigné par Larrey père, qui plus tard rendit compte de ses sept désarticulations de la cuisse et négligea ce précieux cas de conservation. Traité par le double plan incliné, M. X... a guéri avec quatre ou cinq pouces de raccourcissement; son attitude est celle des malades atteints de coxalgie; sa cuisse est consolidée en 7; il fait néanmoins de fort longues courses à pied et occupe encore un emploi civil à Paris.

DEUXIÈME OBSERVATION (SÉDILLOT, Strasbourg, 1843.)

M. X..., lieutenant d'artillerie en 1843, fut blessé en duel d'un coup de feu dans les trochanters du côté droit; après quelque hésitation, M. Sédillot conserva le membre et traita la fracture par l'extension. M. X..., aujourd'hui sous-intendant militaire, marche avec un raccourcissement de 1 pouce ou un peu plus.

TROISIÈME OBSERVATION (Campagne d'Afrique, 1840).

Le nommé Tanguel, chasseur au 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique, reçut dans une sortie en janvier 1841, à Cherchell, une balle qui lui fractura le fémur dans les trochanters du côté droit; l'opération lui fut proposée par M. Marit; mais il la refusa absolument: le membre fut mis sur un double plan incliné; après de nombreux et formidables accidents la consolidation fut obtenue en cinq mois avec un raccourcissement de cinq pouces. Tanguel exerce aujourd'hui l'état de tisserand à Schelestadt (Bas-Rhin).

QUATRIÈME OBSERVATION (LEGOUEST, Campagne d'Orient, 1854).

Garskowski (Simon) prisonnier russe, soldat au 6e de ligne, né dans le gouvernement de Warogneski, âgé de quarante-neuf ans, reçut à la bataille d'Alma, 20 septembre 1854, un coup de feu qui lui fractura le fémur gauche dans les trochanters; l'âge et l'état général de ce blessé qui depuis son séjour dans la Dobrutska, c'est-à-dire depuis plus de six mois, était atteint d'une diarrhée chronique, nous empêchent de lui proposer l'amputation : nous fîmes l'extraction de quelques esquilles et mîmes le membre sur un double plan incliné; le malade mourut quinze jours après son entrée à l'hôpital.

CINQUIÈME OBSERVATION (LEGOUEST, Campagne d'Orient, 1854).

Mouchard (Pierre), clairon au 3e régiment de zouaves, né à Portes (Ariége), âgé de vingt quatre ans, blessé le 5 novembre à Inkermann, entré à l'hôpital le 13. Coup de feu ayant pénétré à la racine de la cuisse gauche par le côté interne, sorti à la hauteur de la partie supérieure du grand trochanter; le doigt introduit dans la plaie reconnaît que le col du fémur, tout à fait à la base, a été traversé par le projectile de bas en haut et de dedans en dehors; il est fendu en deux moitiés, l'une postérieure, l'autre antérieure; à cette dernière est resté attaché presque tout le grand trochanter; immédiatement au-dessous de cette éminence, fracture comminutive avec esquilles nombreuses.

Nous proposons à ce blessé de l'opérer en lui conservant le membre, c'est-à-dire de lui faire une résection, supposant bien que la fracture du col en deux éclats devait se prolonger sur la tête; il ne nous permit même pas d'aller à la recherche

des esquilles : gonflement modéré du membre, suppuration sanieuse abondante ; fièvre ardente ; diarrhée ; double plan incliné.

Le 19, en allant à la selle, le blessé est pris d'une hémorrhagie considérable se faisant jour par les deux plaies. Appelé en toute hâte, nous le trouvons littéralement baigné dans le sang ; nous faisons immédiatement comprimer l'iliaque externe et nous procédons à la ligature de la crurale sous l'arcade de Fallope, l'artère se rompt deux fois au simple contact de la sonde cannelée ; elle est heureusement liée tout à fait derrière le ligament de Poupart. Deux heures après, à la fin de notre visite, nous revînmes voir Mouchard et lui proposâmes cette fois l'amputation, comme dernière ressource ; il nous fut impossible de le convaincre et ce malheureux succomba le 24 avec une gangrène de tout le membre.

SIXIÈME OBSERVATION (LEGOUEST, Campagne d'Orient, 1854).

Delos (Jacques), fusilier au 6e de ligne, né à Silhac (Ardèche), âgé de vingt-six ans, fut blessé le 5 novembre à Inkermann et entra à l'hôpital de Péra le 21.

Il a reçu un premier coup de feu qui lui a fracturé comminutivement l'avant-bras gauche ; un second coup de feu lui a traversé le flanc gauche, pénétrant à trois travers de doigt en dehors de l'ombilic, sortant vers le milieu du carré des lombes ; enfin, un troisième coup de feu lui a brisé la cuisse gauche dans les trochanters. L'état déplorable de ce malheureux ne nous permit même pas de penser à une opération quelle qu'elle fût : l'avant-bras fut contenu et le membre inférieur mis dans l'extension. Après tous les accidents auxquels on devait s'attendre ; après la sortie et l'extraction de nombreuses esquilles, alors que la plaie de l'abdomen était cicatrisée, Delos succomba à l'infection putride le 10 janvier, plus de deux mois après ses blessures. A l'autopsie, nous trouvâmes des adhérences inextricables, entre l'intestin grêle et le côlon descendant, sans aucune trace de lésion propre au tube intestinal ; le rein gauche, parfaitement cicatrisé, avait été déchiré et fendu en travers par le projectile dans ses deux tiers externes vers le milieu de sa hauteur.

Ainsi, dans nos simples souvenirs et dans nos propres observations, dont les deux dernières relatent des cas désespérés, nous trouvons trois exemples de guérison sur six cas de fractures dans les trochanters, traitées par la conservation du membre ; et c'est à grand'peine que sur quarante-quatre amputations de la cuisse dans la contiguïté, dont nous avons eu soin d'élaguer celles dont les résultats sont restés douteux, ou qui par les circonstances où elles ont été faites ne ressortissaient pas directement de notre sujet, amputations toutes extraites de l'histoire de la science et de la pratique des chirurgiens les plus habiles, c'est à

grand'peine que nous pouvons compter quatre cas authentiques de guérison.

Nous concéderons volontiers que nous avons été favorisés dans nos observations relatives à la conservation des membres, mais il faut avouer aussi que les chirurgiens qui ont opéré n'ont pas été très heureux dans leur pratique.

Tout rapprochement de faits doit porter avec lui un enseignement clinique et tracer au chirurgien les règles de sa conduite à venir, dont l'exposé nous servira de conclusion.

Et d'abord, il rejettera toute amputation immédiate, c'est-à-dire avant l'apparition des premiers phénomènes inflammatoires et de la suppuration, confirmant le précepte avancé sous forme dubitative en 1841 par M. Sédillot.

Il est un cas cependant, un seul, qui pourrait être considéré comme nécessité absolue d'amputation immédiate : c'est celui de la lésion simultanée de l'artère et de la veine dans le pli de l'aine, sans fracture du fémur; mais encore, si l'on était parvenu à se rendre maître de l'hémorrhagie, il y aurait avantage à attendre pour opérer que les deux ou trois jours qui amèneront le sphacèle du membre soient écoulés; le blessé serait alors complétement remis de la commotion causée par l'accident et préparé presque graduellement à la perte énorme qu'il va subir. On pourrait se demander s'il n'y aurait pas imprudence à se laisser gagner par la gangrène : au point de vue général la circulation interrompue dans le membre ne ramènerait pas un sang qui aurait puisé des principes septiques dans les tissus altérés; au point de vue local, la gangrène par défaut de circulation n'a pas les mêmes tendances que la gangrène par excès d'inflammation, et l'on n'a pas à craindre de la voir envahir les moignons.

Dans le cas de lésion simultanée des vaisseaux à la racine du membre, le chirurgien pourra temporiser; contraint d'opérer,

il se bornera à amputer dans la continuité le plus haut possible, pouvant compter sur l'ischiatique, la fessière et l'obturatrice pour la vitalité du moignon.

Des lésions différentes peuvent avoir atteint le fémur : ou bien cet os sera brisé dans les trochanters mêmes avec éclats se prolongeant plus ou moins loin; ou bien la balle n'aura fait que fracturer le col avec ou sans esquilles; ou bien encore elle aura broyé la tête du fémur et s'y sera logée; les vaisseaux dans chacun de ces cas auront pu être atteints ou respectés.

Dans le premier de ces cas (fracture avec lésion des vaisseaux), il devra s'estimer heureux s'il peut retarder l'opération jusqu'aux limites déjà fixées.

Dans le second (fracture sans lésion des vaisseaux), il se rappellera la conduite de tout chirurgien en présence d'une fracture par coup de feu en général; il ira à la recherche des esquilles; il s'assurera de son mieux que la fracture n'a pas gagné le col et ne s'est pas prolongée sur la tête jusque dans l'articulation. Cette exploration n'est pas toujours facile sur un membre naturellement volumineux, tuméfié par l'épanchement de sang qui accompagne la blessure et souvent par les premiers phénomènes inflammatoires. Si elle lui donnait des résultats satisfaisants, c'est-à-dire qu'elle lui apprît que le col et l'article sont intacts, il mettrait le membre dirigé un peu en dehors sur un double plan incliné : c'est ce qui a été fait pour Tanguel (3ᵉ observ.); cette position est celle dans laquelle les fragments sont le mieux en rapport et ont le moins de tendance à déchirer les parties molles. Il soumettrait alors son malade au traitement des blessés atteints de fractures compliquées de plaies.

Si des esquilles par trop volumineuses, impossibles à détacher quoique mobiles, se prolongeaient très loin sur la diaphyse, il en arriverait, guidé par l'état du blessé, à une opération, mais après le temps le plus long possible, afin de rapprocher de plus en plus

son malade des conditions des opérations ultérieures; et dans le cas d'intégrité du col et de l'article, il pourrait faire non pas une désarticulation coxo-fémorale, mais une amputation dans les trochanters mêmes ou immédiatement au-dessus, s'il pensait pouvoir respecter la capsule articulaire : si, d'une part, la désarticulation coxo-fémorale est plus rapide et plus facile, de l'autre, l'amputation proposée ne mérite pas la proscription dont elle a été frappée : la plaie est certainement plus petite et moins profonde et la tête du fémur reste dans sa cavité, source toujours si abondante de suppuration; l'existence de cette tête articulaire au milieu de son système physiologique ne semble pas compromise et si peut-être elle n'atténuait pas la gravité de l'opération, elle donnerait certainement au moignon un relief plus considérable offrant plus de prise à un appareil prothétique. La projection en avant ou en avant et en dehors de la portion restante du fémur, n'est pas un obstacle à l'adaptation des téguments et par suite à la guérison; dans la flexion à angle droit de la cuisse sur le bassin, le petit trochanter dépasse à peine le plan vertical passant au-devant du pubis, et à la suite de l'amputation, cette position prise par la partie trochantérienne de l'os présenterait une surface plus large à appuyer sur une sellette, que n'en présente la pointe de l'ischion.

Au cas où, en explorant la blessure, le chirurgien rencontrerait une fracture du col n'intéressant pas l'article, cas dont l'existence nous semble presque impossible, fidèle au principe de conservation, il mettrait le membre dans l'extension, ou sur un plan incliné selon que l'une ou l'autre de ces positions conviendrait le mieux au blessé et à la coaptation des fragments; puis il attendrait encore aussi longtemps que l'état général du sujet le lui permettrait.

S'il avait affaire enfin, soit à une fracture du col intra-articulaire, soit à une fracture de la tête même du fémur, il devrait donner la préférence sur la désarticulation coxo-fémorale, à la

résection de la partie supérieure de l'os, alors même qu'il serait obligé de descendre au-dessous du petit trochanter. Malgré les condamnations portées sur les résections des membres inférieurs en général, la résection de la partie supérieure du fémur paraît avoir été faite à l'heure qu'il est douze ou quatorze fois au moins et avoir donné des succès dans la proportion de plus d'un tiers (1) : il est vrai que les deux fois où elle a été mise en pratique pour des coups de feu, elle a échoué entre les mains de MM. Seutin et Oppenheimer; mais combien de fois la désarticulation coxo-fémorale a-t-elle été tentée dans ce cas avant de compter quatre guérisons authentiques (2) !

Il n'est guère possible de proposer un procédé spécial pour l'amputation dans les trochanters ou à la base du col, non plus que pour la résection de la tête du fémur, les parties molles pouvant être plus ou moins détruites ou compromises par l'action des projectiles; la seule recommandation que l'on puisse faire c'est de se donner de l'espace.

Nous avons été obligés de pratiquer pour un cas de gangrène une amputation dans les trochanters, en prenant un immense

(1) WHYTT, à l'hôpital de Westminster : *Œuvres chirurgicales d'A. Cooper.*
Gazette médicale, 1835, Paris, p. 183.
PAILLARD, *Relation chirurgicale du siége de la citadelle d'Anvers*, vol. I, 1832.
SCHMALZ, de Pirna, en Saxe. — HEWSON, de Dublin, 1823, dans la *Thèse de M. Léopold*, Wurtzbourg.
SCHLICHTING, dans les *Transactions philosophiques*, 1829.
KOHLEREN HEINE, *Thèse de M. Léopold.*
KLUGE, *Encyclopédie de Busch*, t. IV.
VOGEL, *Bibliothèque chirurgicale du Nord.*
SOGER, 1834, *Thèse de M. Léopold.*
TEXTOR, trois cas à Wurtzbourg; dans Sédillot, *Médecine opératoire*, t. Ier, 2e édit.
ROUX, 1847, *id.*
FERGUSSON, trois cas, *id.*
Mémoires de M. Watton à la Société médicale de Londres, 1852.

(2) A. Blandin et Perret ont obtenu, dit-on, le premier deux, le second un succès; nous n'en avons pas trouvé des preuves suffisantes pour comprendre leurs opérés dans nos tableaux.

lambeau postéro-externe; nous pensons que si l'on avait le choix, il y aurait avantage à faire une amputation à deux lambeaux, l'un antéro-interne, l'autre postéro-externe, en ayant soin de comprendre l'obturatrice dans le premier.

Dans le cas où la résection serait praticable, on choisirait le procédé à lambeau semi-circulaire de M. Velpeau; c'est celui qui met les parties le plus largement à découvert, par l'incision même et par la facilité de rabattre en bas un lambeau très mobile et de médiocre épaisseur.

En définitive, on ne se déciderait à l'ablation complète du membre que dans le cas de fracture avec lésion des vaisseaux, car si ces derniers étaient intacts, on pratiquerait la résection.

On a donné des appréciations nombreuses et savantes des divers procédés de désarticulation coxo-fémorale; nous croyons une appréciation toute pratique la meilleure. Il est hors de doute que la formation d'un grand lambeau antérieur doit réunir les suffrages, dans les amputations à la suite de coups de feu surtout : par ce procédé, en effet, le chirurgien peut se mettre immédiatement à l'abri d'une hémorrhagie inquiétante en faisant sur-le-champ les ligatures importantes; il a sous les yeux toutes les parties atteintes ; il lui est facile d'enlever au préalable les esquilles qui viennent se mettre au-devant de son couteau; de porter celui-ci sur l'articulation, enfin de saisir le col ou la tête devenus immobiles par suite de la fracture qui les a séparés du corps de l'os.

Il nous a semblé qu'en circonscrivant le pli fessier d'un coup de couteau allant d'un côté à l'autre de la base du lambeau antérieur, avant de désarticuler, on donnait plus de régularité à la section des muscles et des téguments de la partie postérieure.

En résumé et par-dessus tout, nous croyons, d'après les éléments de ce travail, que dans les cas ordinaires, qui certainement sont les plus nombreux, on aura plus d'avantage comme résul-

tats cliniques à conserver qu'à abattre le membre. En général, dans les fractures par armes à feu, quand on s'est décidé à l'attente, on ne saurait trop en reculer les limites, si l'état général le permet ; dans les cas qui nous occupent, le talent peut-être serait d'en arriver à des opérations ultérieures, qui, par leur analogie avec les opérations pratiquées pour des affections organiques du fémur, ont donné, comme nous l'avons vu, les résultats les moins funestes.

DE L'APPAREIL AMOVO-INAMOVIBLE

DANS LES FRACTURES

ET DE QUELQUES POINTS

DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, DE LA SYMPTOMATOLOGIE
ET DU TRAITEMENT

DES TUMEURS BLANCHES,

Par M. BOUVIER,

Médecin de l'hôpital des Enfants malades, membre de l'Académie impériale de médecine
et de la Société de chirurgie.

(Extrait d'un Rapport sur les travaux de M. le docteur CROCQ, lu à la Société de chirurgie le 29 avril 1857.)

FRACTURES.

M. le docteur Crocq, dans un travail estimable couronné en 1849 par l'Académie de médecine de Belgique, et ne formant pas moins de 541 pages in-4°, se montre partisan absolu de la méthode de M. Seutin, dite *amovo-inamovible*; son traité est, pour ainsi dire, un long plaidoyer en faveur de cette méthode.

« M. Seutin, dit-il (p. 70), parvint donc à réunir, à concilier ces deux grands principes de l'inamovibilité et de l'amovibilité, appartenant, le premier à l'Orient, le second à l'Occident, et qui avaient tant embarrassé les praticiens..... Historiquement, cette méthode est donc réellement supérieure à toutes les autres, puisqu'elle les résume; elle constitue, quelle que soit l'opinion qu'on puisse avoir de son efficacité, un véritable progrès. De la thérapeutique des fractures, elle passa bientôt dans celle des autres affections chirurgicales, de sorte que cette *découverte* imprima une vive impulsion à toutes les parties de l'art. »

Le dernier chapitre de la troisième partie de l'ouvrage

(p. 413) résume les règles du traitement des fractures et les motifs sur lesquels M. Crocq fonde cette supériorité absolue, exclusive, de la méthode qu'il préconise.

Il nous paraît évident que la plupart des avantages attribués par l'auteur au bandage de M. Seutin, lui sont communs dans ce qu'ils ont de réel avec les autres appareils inamovibles, notamment avec l'appareil dextriné de M. Velpeau, et que tous ces procédés ne sont eux-mêmes que des modes d'application divers, des perfectionnements, si l'on veut, de la méthode dont Larrey peut à bon droit être considéré comme le créateur, quel que soit l'usage partiel et incomplet qu'on en ait fait avant lui. L'excellente thèse de notre collègue, M. Hippolyte Larrey, qui date de 1832, démontrerait clairement, si ce fait avait besoin de nouvelles preuves, l'identité de caractères et de résultats de la méthode de Larrey et de ce qu'il a plu à quelques médecins belges d'appeler la *Méthode amovo-inamovible*. Ce n'est point, comme le dit M. le docteur Crocq, parce que ce nom est *baroque*, qu'on se refuse à lui accorder droit de domicile dans le langage de la science ; c'est parce qu'il est inexact, en ce qu'il présente comme une méthode générale *distincte* ce qui n'est qu'un procédé particulier de la méthode de l'inamovibilité.

Si nous disons volontiers, avec M. Crocq, que M. Seutin « a bien mérité de l'art et de l'humanité » (p. 341), ce n'est pas qu'on lui doive « une des plus belles inventions que la chirurgie ait jamais faites » (p. 339) ; c'est pour avoir propagé, vulgarisé, perfectionné l'invention de Larrey, dont lui-même se glorifie d'avoir été l'élève.

On sait qu'une des principales modifications introduites par M. Seutin dans l'emploi des appareils inamovibles, celle qui donne à son appareil son cachet spécial ou ce qu'on appelle son *amovibilité*, c'est l'incision longitudinale qu'il y pratique, de ma-

nière à le rendre bivalve, à pouvoir le resserrer ou l'élargir aisément, et à visiter le membre au besoin sans enlever tout l'appareil. M. Crocq rappelle avec impartialité que le même moyen avait été mis en usage dans le siècle dernier ; mais il se trompe en attribuant ce procédé à Gataker, traducteur de Ledran ; il appartient à Cheselden, qui a annoté la traduction de Gataker. Il ne sera pas hors de propos de rappeler ici en entier ce passage peu connu, qui n'est pas sans intérêt pour l'histoire de la chirurgie.

« Il n'y a pas, dit Cheselden, de bandage aussi convenable pour les fractures de la jambe que celui qui consiste en plusieurs pièces de linge trempées dans un mélange de farine et de blanc d'œuf. Je m'en sers toujours, en le laissant très mince sur le tibia, de sorte que, s'il se relâche par la diminution du gonflement, je puis *en couper un morceau et le resserrer*. Étant en voyage, j'eus occasion d'appliquer ce bandage à un monsieur pour une fracture de l'avant-bras, et il put, à l'aide de ce pansement, voyager à cheval pendant deux jours sans le moindre inconvénient; il l'ôta au bout de quarante jours, et se trouva parfaitement guéri (1). »

Cheselden avait déjà abordé ce sujet dans son *Anatomie du corps humain;* on y apprend (p. 37, 7e édition, 1750) qu'un rebouteur de Leicester, du nom de Cowper, lui avait donné l'idée de ce bandage, le lui ayant appliqué à lui-même pour une fracture de l'avant-bras, dont il fut atteint étant enfant et encore à l'école. « Son moyen, dit Cheselden, était d'envelopper le membre, après avoir réduit la fracture, avec des linges trempés dans des blancs d'œufs mêlés d'un peu de farine d'orge. En séchant, ce bandage devenait roide et contenait la fracture. Je crois, ajoute l'illustre chirurgien anglais, qu'il n'y a pas de

(1) LEDRAN, *Opérations de chirurgie*, traduit en anglais par Gataker, avec des *Remarques* de Cheselden, p. 452, *Du pied bot*, 3e édit.

meilleur moyen que celui-là pour les fractures, car le membre se trouve ainsi contenu sans une forte constriction, cause ordinaire des accidents des fractures. »

Ces paroles de Cheselden, il faut en convenir, ne contiennent que le germe de l'idée de M. Seutin, qui, en adoptant l'incision du bandage pratiquée par le chirurgien de Londres, en a tiré des avantages que celui-ci était loin de soupçonner.

Toute la doctrine de M. Crocq repose sur cette incision faite à l'appareil. C'est elle qui, conjointement avec les ouvertures ou fenêtres qu'on y pratique au besoin, le sauve de tous les reproches adressés à la méthode de Larrey; qui répond à toutes les objections que celle-ci a soulevées; c'est grâce à elle que l'appareil inamovible, devenu *amovo-inamovible*, est également applicable aux fractures avec plaie, aux fractures comminutives, aux fractures du col du fémur elles-mêmes, si difficiles à maintenir réduites.

Ce n'est pas sans quelque surprise qu'en jetant les yeux autour de moi, qu'en faisant appel à l'expérience de mes honorables collègues de la Société de chirurgie, j'ai constaté que ce moyen si précieux aux yeux de l'auteur et de bon nombre de ses compatriotes, l'incision de l'appareil, est à peine entré dans la pratique des chirurgiens de Paris. Je n'entreprendrai point de rechercher les motifs de cette indifférence; ils doivent être parfaitement connus des savants confrères qui me font l'honneur de m'écouter, et s'il en était besoin, je verrais avec plaisir leurs explications suppléer à mon silence. Mais ce que je ne crains pas d'affirmer, parce que c'est un fait notoire, dont les preuves sont en quelque sorte journalières, c'est que le traitement des fractures dans nos hôpitaux de Paris, bien que peu conforme aux principes des chirurgiens belges, ne procure pas des guérisons moins nombreuses, des succès moins éclatants que les procédés dont M. Crocq s'est fait l'apologiste.

Notre honorable confrère invoque, à la vérité, les faits à l'appui de sa manière de voir. « Dupuytren, dit-il (p. 233), ne connaissait pas la réunion *immédiate* des os fracturés... Pour l'obtenir, il faut une réduction et une contention exactes ; Dupuytren, ne mettant en usage que des *appareils imparfaits*, ne pouvait pas l'obtenir. » Il va sans dire que l'appareil Seutin permet mieux que tout autre d'obtenir cette réunion immédiate, qu'il était impossible à Dupuytren de produire, ce qui lui faisait croire à l'existence constante d'un cal provisoire extérieur, plus ou moins saillant. Ici, Messieurs, je me contenterai d'en appeler aux souvenirs de ceux d'entre vous qui, en qualité d'internes, ont vu de leurs propres yeux ce beau rang des fractures du chirurgien de l'Hôtel-Dieu ; ils diront si l'on n'y appliquait que des appareils *imparfaits*, si l'on n'y obtenait que des cals renflés et exubérants. Dupuytren a méconnu la réunion immédiate de certaines fractures ; cela veut-il dire qu'il ne l'ait point produite? Je ne le pense pas ; cela signifie simplement que le fait lui a échappé sur ses propres malades. Et sur quelles preuves l'auteur prétend-il établir la *plus grande* fréquence de ce genre de réunion après l'emploi de l'appareil inamovible bivalve? Il a vu des fractures consolidées, « sans que le cal formât une tumeur appréciable au toucher » (p. 303) ; il l'a également remarqué sur l'os d'*un* cadavre, « où une simple ligne marquait la séparation. » Mais il ne peut ignorer que de pareilles observations ont été faites également après d'autres traitements ; les siennes ne prouvent donc nullement ce qu'il avance.

Les observations particulières réunies, en assez grand nombre, dans la quatrième partie du *Traité* de M. Crocq, ont spécialement pour objet de montrer l'infériorité des appareils amovibles ou inamovibles ordinaires, et l'excellence de l'appareil fendu de M. Seutin. Cependant une partie des guérisons citées ont été obtenues au moyen de l'appareil amidonné, sans section ; elles

appartiennent, par conséquent, à la méthode inamovible pure. Aussi l'auteur finit-il ici par ne plus faire un précepte général de la section du bandage, par n'en reconnaître la nécessité que dans des circonstances particulières, où il montre effectivement, par des faits, les inconvénients des appareils laissés à demeure sans possibilité de visiter le membre et de s'assurer de l'état des parties.

Plusieurs exemples de succès dus à l'appareil fendu, et rapportés par M. Crocq, sont certainement très remarquables et bien propres à faire ressortir l'utilité du procédé de M. Seutin. Mais il manque à ce recueil d'observations, presque toutes empruntées aux partisans des appareils solidifiables, un terme de comparaison pris dans le camp opposé. Les quelques cas, cités par l'auteur, de fractures traitées avec peu de succès par des appareils amovibles au commencement ou pendant toute la durée de la maladie, ne donnent qu'une idée très incomplète des résultats généraux de cette méthode.

Nous partageons d'ailleurs, à peu de choses près, les idées émises par M. Crocq, lorsque, peu après la publication du *Traitement des fractures*, il eut à défendre la doctrine de M. Seutin contre M. Burggraeve, auteur d'un mémoire sur les appareils ouatés, sorte de variante des appareils amidonnés, dont ils ne diffèrent que par l'application préliminaire, sur la peau, de couches épaisses de coton cardé ou d'ouate. La *Méthode amovo-inamovible et le bandage ouaté*, tel est le titre de la brochure publiée à cette occasion par M. Crocq. C'est un écrit d'une polémique vive et pressante, dans lequel l'auteur n'a pas de peine à faire voir le peu de fondement de la plupart des assertions de M. Burggraeve, le défaut de contention suffisante résultant de 'épaisseur de la ouate, le danger de l'inamovibilité absolue du bandage dans les fractures avec plaie ou suppuration profonde. M. Burggraeve, en effet, blâme la section de l'appareil et ne veut

pas qu'on y touche généralement avant l'époque de la consolidation, revenant en cela à la pratique pure de Larrey. M. Crocq insiste, au contraire, comme dans son grand ouvrage, sur les avantages de l'incision de l'appareil; il convient néanmoins qu'elle ne doit être pratiquée que lorsqu'il y a indication, ou lorsqu'on redoute des accidents : ce qui fait rentrer en grande partie, comme je l'ai dit, la méthode de M. Seutin dans la méthode inamovible commune.

La brochure de M. Crocq se termine par le récit de faits peu favorables à l'emploi des appareils à ouate, et tirés de la pratique de M. Burggraeve, de cette même pratique qu'un jeune médecin de Gand, M. Semey, plaçait dernièrement *au-dessus de celle de tous les chirurgiens de Paris* (1).

TUMEURS BLANCHES.

§ I. — *Distinction entre la tumeur blanche et l'arthrite chronique. — Anatomie pathologique.*

Tout le monde s'entend sur le sens des mots *tumeur blanche*, lorsqu'ils s'appliquent à des arthrites chroniques avec altération profonde des parties constituantes des articulations; mais il n'en est plus de même s'il s'agit d'un degré moins avancé de la maladie. Les uns donnent encore le nom de *tumeur blanche* aux arthrites chroniques peu éloignées de leur début. Les autres distinguent parmi ces arthrites celles que l'on peut considérer comme des tumeurs blanches *commençantes*, et celles qui, n'offrant point les mêmes tendances, doivent être rapportées à l'*arthrite chronique simple*. Pour nous, nous ne saurions nous résoudre à voir une tumeur blanche dans toute synovite ou phlegmasie articulaire continue, affectant une marche lente, et

(1) Voir l'*Union médicale*, du 10 février 1857.

nous pensons que, si cette dénomination doit être conservée, elle ne doit pas être synonyme d'*arthrite chronique*, qu'il convient de la réserver pour les cas d'inflammation ou d'autres lésions articulaires qui présentent les caractères pour lesquels elle a été créée.

Dans son *Traité des tumeurs blanches*, M. le docteur Crocq définit cette affection : « une inflammation chronique des tissus articulaires, avec production de tissu cellulo-vasculaire et souvent de pus » (p. 249). Les fongosités ou la substance lardacée, qu'il réunit sous le nom de *tissu cellulo-vasculaire*, seraient le caractère anatomique des tumeurs blanches. Cela est assez conforme aux idées reçues ; mais dans ce que M. Crocq décrit comme la première période de cette affection, il n'y a pendant longtemps ni fongosités ni tissu lardacé, et une *tendance* insaisissable à la production du pus et du tissu cellulo-vasculaire ne suffit pas pour distinguer nettement cette période. Aussi le vague de ce caractère différentiel a-t-il conduit notre honorable confrère à considérer comme une tumeur blanche toute arthrite chronique qui ne dépend pas du rhumatisme, de la goutte, de l'arthrite sénile, de l'inflammation chronique du tissu cellulaire ou de l'ostéite. C'est là une extension fâcheuse donnée au sens des mots ; elle introduit ici une confusion regrettable, et nous trouverions volontiers plus de rigueur dans le langage de Vidal, à qui M. Crocq reproche d'avoir défini les tumeurs blanches « des *dégénérescences* des articulations. »

La confusion que je signale se retrouve dans l'histoire particulière des tumeurs blanches. Ainsi l'auteur donne pour exemple de la tumeur blanche temporo-maxillaire un cas évident d'arthrite simple. Plusieurs de ses observations d'affections scapulo-humérales se rapportent à l'arthrite, et non à la tumeur blanche. Dans l'histoire de la coxalgie, il réunit, à la seule exception du rhumatisme chronique, toutes les inflammations chroniques de

la hanche sous le nom de *tumeur blanche*; et assurément l'observation pratique ne permet pas de confondre avec cette dernière maladie cette synovite simple, à marche chronique, qui n'a souvent rien de commun avec le rhumatisme, et qu'on observe si fréquemment dans l'articulation coxo-fémorale, où elle constitue une des formes bénignes de la coxalgie. Les articulations des premières vertèbres cervicales sont également sujettes à une synovite chronique assez commune, indiquée sous le nom de rhumatisme par Delpech, par M. Bonnet, décrite par M. Tessier (de Lyon), et bien différente de la tumeur blanche atloïdo-axoïdienne, à laquelle M. Crocq rapporte toutes les arthrites chroniques de cette région.

Ces distinctions, nécessaires en nosologie, ne sont pas moins indispensables dans la pratique. Comment se former des idées justes sur le pronostic et le traitement des arthropathies, si l'on ne sépare préalablement les espèces dont la marche et la tendance spontanées ne sont point les mêmes? Comment apprécier les différentes méthodes de traitement des tumeurs blanches, si l'on juge de leurs effets par ceux qu'ils produisent dans des arthrites simples? Après avoir lu dans l'ouvrage de M. Crocq les observations de tumeurs blanches guéries dans leur première période, on ne reste nullement convaincu que la plupart d'entre elles n'aient pas été des synovites simples, et que les mêmes moyens eussent aussi constamment réussi dans de véritables tumeurs blanches commençantes.

Le mal vertébral de Pott est rangé par l'auteur parmi les tumeurs blanches, et nous regrettons qu'à ce propos, il n'ait point cité le travail estimable de M. Ripoll sur l'*arthrite vertébrale*, dont il ne paraît pas avoir eu connaissance. De même que M. Ripoll, M. Crocq donne d'assez bonnes raisons en faveur de l'opinion qui fait débuter le plus souvent la maladie par les ligaments, d'où elle s'étend aux os. On ne peut nier l'analogie

qui existe entre le mal de Pott et la tumeur blanche atloïdo-axoïdienne, et nous ne voyons pas un grand inconvénient à étendre au premier la dénomination que l'on donne à la seconde; mais nous ne saurions accorder à notre honorable confrère que l'affection tuberculeuse, qui constitue si fréquemment le mal de Pott, soit généralement un effet de la *congestion*, de l'*afflux sanguin*, dont les tissus articulaires seraient le siége.

L'anatomie pathologique, soit des tumeurs blanches elles-mêmes, soit des déplacements, des ankyloses, auxquels elles donnent lieu, est traitée avec le plus grand soin dans le travail de M. Crocq. L'auteur met à profit les nombreuses recherches qui, surtout depuis Brodie, ont mieux fait connaître les lésions anatomiques des tumeurs blanches, leur liaison, leur origine, leur mode d'évolution. De même que la plupart des modernes, c'est à l'inflammation, aux exsudations qu'elle produit et à leurs diverses transformations, qu'il rapporte les principales altérations qu'on observe dans ce cas.

Cette partie de l'ouvrage ne peut être comparée qu'au beau travail de notre collègue M. Richet, imprimé dans le tome XVII des *Mémoires de l'Académie de médecine*, travail dont M. Crocq n'a pu profiter, parce qu'il n'a paru qu'en 1853, et qu'à cette époque, le manuscrit du *Traité des tumeurs blanches*, complétement rédigé, était déjà l'objet d'un rapport à la Société des sciences naturelles et médicales de Bruxelles : aussi l'auteur ne cite-t-il de M. Richet que son premier mémoire sur les tumeurs blanches, publié en 1844.

Les lésions osseuses sont rattachées au même principe que celles des parties molles. La carie du tissu spongieux, imparfaitement connue jusque dans ces derniers temps, est l'objet d'une description spéciale, de même que dans l'ouvrage de M. Richet. Cette carie, qui, dans les tumeurs blanches, affecte les extrémités articulaires, est regardée ici comme une ostéite avec

raréfaction du tissu osseux, production de fongosités et souvent de pus, définition très rapprochée de celle de Gerdy, qui appelait la carie *ostéite ulcérante;* ce que l'auteur aurait pu rappeler.

M. Crocq n'admet pas que, dans aucun cas, les os puissent se gonfler ; leur accroissement de volume n'est produit que par l'addition de nouvelle substance à leur surface. Il est bien reconnu aujourd'hui que ce gonflement est beaucoup moins fréquent qu'on ne le croyait autrefois ; mais, en présence des faits recueillis par MM. Demarquay, Richet, en présence des pièces du musée Dupuytren, des descriptions que notre collègue M. Houël vient d'en donner dans son *Manuel d'anatomie pathologique*, article *Hyperostose* (p. 556), il y aurait quelque légèreté à nier que le volume des os puisse jamais être augmenté par un accroissement interstitiel de leur substance propre.

J'ai dit que sous le nom de *tissu cellulo-vasculaire*, l'auteur réunissait le tissu *fongueux* et le tissu *lardacé* des tumeurs blanches. Le plasma ou liquide albumino-fibrineux de l'exsudation inflammatoire, séparé en une sérosité aqueuse et en un coagulum fibrineux, donne naissance, par l'organisation de ce coagulum, soit au pus, s'il ne s'y forme que des cellules à noyaux, soit à l'une ou à l'autre variété du tissu cellulo-vasculaire, si les cellules se changent en fibres et qu'il se produise des vaisseaux (p. 224). Ces variétés, fongueuse et lardacée, ne diffèrent que par le développement vasculaire, plus considérable dans la première que dans la seconde. M. Crocq ajoute que ces tissus fongueux et lardacé « sont susceptibles de se transformer l'un dans l'autre » (p. 219). Le tissu fongueux doit même passer, suivant lui, à l'état de tissu lardacé pour que la guérison puisse s'opérer par la transformation fibreuse de ce dernier (p. 220). Je ne sais jusqu'à quel point ces assertions sont fondées; mais je n'ai pas trouvé qu'elles fussent appuyées de preuves suffisantes pour en démontrer pleinement l'exactitude.

§ II. — *Des positions dans les tumeurs blanches.*

La position du membre, dans les tumeurs blanches, et les causes qui la déterminent, ont fixé à juste titre l'attention de l'auteur, qui considère ce fait d'abord d'une manière générale, puis dans chaque articulation en particulier.

C'est à la contraction musculaire qu'il attribue le principal rôle dans la production de ces *positions*, à l'exemple de J. Hunter, parmi les auteurs plus anciens, de Delpech, Mayor et autres, parmi les modernes, auxquels M. Crocq reproche à tort d'avoir *perdu de vue* l'existence de cette contraction.

Il y a, dit-il, dans cette contraction « un phénomène pathologique qui n'a pas été expliqué ». Ceci est encore une petite inexactitude historique. L'explication de la contraction involontaire des muscles, dans ce cas, par l'action réflexe, que notre confrère invoque, a été donnée par plusieurs auteurs allemands ; il me suffira de citer M. Stromeyer, qui, depuis longtemps, a développé cette idée, pour la coxalgie, presque dans les mêmes termes que M. Crocq (1).

Notre savant confrère, tout en accordant, d'après les expériences de M. Bonnet, qu'il a répétées, une part d'influence dans l'attitude du membre à la réplétion de la cavité articulaire par le produit de l'exsudation, s'efforce d'établir que cette influence a été quelque peu exagérée par notre ingénieux collègue de Lyon, qui pourtant déclare qu'elle n'est qu'*exceptionnelle* (2).

Mais une question bien plus importante, parce qu'elle a un côté pratique, c'est de savoir si les positions prises par les malades sont généralement, comme le dit M. Bonnet, de nature à « augmenter les inflammations et les douleurs (3) ».

(1) Voy. l'ouvrage de M. Stromeyer sur la *Paralysie des muscles inspirateurs*, et surtout ses *Beitræge* ou *Contributions à l'orthopédie opératoire*, 1838.

(2) *Traité des maladies articul.*, t. I, p. 83.

(3) *Ibid.*, p. 79.

M. le docteur Crocq partage complétement cette opinion ; aux raisons alléguées par M. Bonnet, il en ajoute d'autres qui ne sont pas toujours heureuses, celle-ci, par exemple : « Attribuer, dit-il, à la contraction involontaire réflexe une cause finale, le but de donner au membre une position plus commode et moins douloureuse, ce serait quitter le terrain de la physiologie positive pour les hypothèses du vitalisme. » (P. 269.) Comme si, dans l'ordre physiologique, la plupart des mouvements réflexes, instinctifs, n'avaient pas un but, une destination utile !

Pour nous, nous doutons que, si l'un de ces chirurgiens éminents était affecté de tumeur blanche, il se laissât aisément persuader que l'attitude que lui donneraient ses mouvements instinctifs fût celle qui soulagerait le moins ses douleurs.

Veut-on d'ailleurs la preuve du contraire ? M. Bonnet lui-même nous la fournit. « Lorsque le liquide (de l'épanchement), dit-il, est sécrété en abondance et avec promptitude,..... le malade, *pour diminuer la douleur,* place son membre dans la position qui donne à la cavité articulaire son maximum de capacité, etc. (1). » L'opposition est tellement flagrante entre ce passage et celui que je rappelais tout à l'heure, qu'il est probable que M. Bonnet ne s'est pas mis ainsi en contradiction avec lui-même, et qu'en parlant des *douleurs* causées par les positions des malades, il a voulu seulement désigner celles qui se lient plus tard aux accidents consécutifs qu'il attribue à ces positions.

Mais M. Crocq ne l'entend pas ainsi. « Bell, dit-il, ne se doutait pas que ces positions accroissaient la douleur au lieu de la modérer..... On ne peut pas dire que la contraction des muscles a lieu dans le but de donner au membre une position plus commode et moins douloureuse ; on peut d'autant moins le dire que *bien souvent* cette position est justement *la plus pénible et la plus*

(1) *Loc. cit.*, t. I, p. 80.

douloureuse. » (P. 269.) Plus loin, il ajoute encore : « Ces positions tendent bien plutôt *à rendre les douleurs plus vives.* » (P. 278.)

Nous croyons plus conforme à l'observation journalière d'admettre qu'en général, les contractions involontaires, instinctives des muscles, et les positions qu'elles produisent, ont, dans ce cas, pour but et pour effet d'éviter autant que possible des causes locales de douleur, distensions, tiraillements, pressions, frottements réciproques des parties affectées. On prévoit les conséquences de ce fait pour la thérapeutique.

Nulle part l'étude des positions n'offre plus d'intérêt que dans l'articulation de la hanche, par leur constance, leur caractère spécial, leurs suites, par les méprises auxquelles elles ont si longtemps donné lieu. Aussi M. Crocq est-il entré, à ce sujet, dans les détails les plus étendus ; son article sur la coxalgie est, sous ce rapport, le plus complet que je connaisse.

Notre confrère réclame en faveur de son compatriote, M. le docteur Pigeolet, la priorité de certains faits relatifs à la longueur du membre et à sa mensuration dans la coxalgie ; nous n'avons pas sous les yeux les *Études sur les maladies de la hanche*, de M. Pigeolet, publiées en 1845, et nous sommes convaincu qu'elles contiennent de très bonnes choses ; mais nous ne pouvons admettre comme fondé le reproche que M. Crocq fait à des auteurs contemporains, à M. Nélaton entre autres, de ne pas les avoir citées dans les circonstances qu'il mentionne. En effet, le fait capital que, suivant lui, M. Pigeolet aurait indiqué le premier (p. 408), est la variation *apparente* de longueur du membre,—quand on le mesure de l'épine iliaque à un point quelconque de son extrémité,—suivant qu'il est porté dans l'abduction ou dans l'adduction, ou suivant que le bassin s'incline d'un côté ou de l'autre, en d'autres termes, suivant la direction réciproque de l'axe du membre et de l'axe transversal du bassin. Or, toutes les particularités de ce fait ont été exposées, en 1837,

par M. Gædechens, en 1838 par M. Malgaigne, reproduites, en 1843, par M. Parise, trop peu cité par M. Crocq, et en 1844 par notre collègue M. Maisonneuve, dont la thèse fort étendue sur la coxalgie, de même que le travail de M. Gædechens et quelques autres que j'ai déjà indiqués, ne figure pas dans la liste bibliographique placée en tête du *Traité des tumeurs blanches*.

M. le docteur Crocq n'est pas satisfait des explications qu'on a données des positions du membre inférieur dans la coxalgie. Nous convenons avec lui que ces explications ne sont pas encore aussi complètes qu'on pourrait le désirer. On se rend assez bien compte de la flexion de l'articulation coxo-fémorale, et de l'inclinaison antérieure du bassin qui en est la conséquence; on a bien vu comment l'abduction permanente de la cuisse produit l'abaissement, son adduction l'élévation du côté du bassin correspondant, quand le membre est parallèle à l'axe du corps, et on a parfaitement expliqué de cette manière cet allongement et ce raccourcissement apparents *à l'œil*, qui ont si longtemps trompé nos maîtres, et dont les chirurgiens anglais ont le mérite d'avoir les premiers indiqué la nature. Mais pourquoi l'appareil musculaire de la cuisse la porte-t-il ainsi dans l'abduction ou dans l'adduction? C'est ce qu'on ne sait encore qu'imparfaitement, et M. Crocq, il faut le reconnaître, ne nous l'apprend pas mieux que ses devanciers. Ce qu'il dit de l'action musculaire, dans ce cas, est non-seulement insuffisant, mais encore, sur plusieurs points, erroné. Ainsi, le psoas-iliaque ne peut être rangé, comme il le prétend, parmi les muscles abducteurs, et ne peut concourir comme tel à l'allongement apparent du membre. Ainsi, il est tout à fait contraire à l'observation de dire qu'il y a *constamment* allongement apparent au début (p. 295), que cet allongement est *généralement* remplacé plus tard par le raccourcissement apparent (p. 410), et c'est se payer de mots que d'ajouter que cette transformation arrive parce que les

muscles précédemment contractés *se fatiguent*, parce que la durée et les suites de l'inflammation articulaire tendent à *annuler leur action*, et qu'alors leurs antagonistes *prennent en quelque sorte leur revanche* (p. 303). Il n'est pas moins inexact de supposer qu'en même temps les muscles abdominaux, le carré des lombes et le sacro-lombaire, *tiraillés par les fessiers et le psoas-iliaque*, l'emportent à leur tour sur ceux-ci, d'où l'élévation du bassin succédant à son abaissement du côté malade (*ibid.*). Une expérience bien simple montre que, si ces muscles agissent physiologiquement, dans les mouvements du malade, pour suppléer à l'immobilité de la cuisse, ils ne participent nullement à la contraction spasmodique qui affecte les muscles de ce membre. Cette expérience consiste à écarter le membre *malade* de son parallélisme avec l'axe du corps, en le portant, soit en dehors, soit en dedans, suivant qu'il est dans l'abduction ou dans l'adduction, jusqu'à ce que le membre *sain* soit replacé dans son rapport normal avec le bassin; ce mouvement suffit pour mettre les épines iliaques sur la même ligne, pour redresser la colonne lombaire, enfin pour effacer la position anormale des vertèbres et du bassin, sans que leurs muscles propres y opposent la moindre résistance.

Quant à la position du membre au début de la maladie et à son changement à une période plus avancée, lorsqu'il ne s'opère pas de luxation, l'observation établit, en premier lieu, que, suivant la juste remarque de MM. Brodie (1) et Bonnet (2), le raccourcissement *apparent*, c'est-à-dire l'adduction de la cuisse, peut exister dès le début, sans avoir été précédé d'allongement ou d'abduction. J'ai même, pour ma part, trouvé cette circonstance beaucoup plus fréquente qu'on n'est disposé à l'admettre généralement. M. Crocq rapporte un cas de cette espèce (p. 444),

(1) *Maladies des articul.*, trad. française, p. 111.
(2) *Maladies des articul.*, t. II, p. 311.

cas de nature douteuse à la vérité ; mais je crois qu'il a tort de regarder cette attitude du membre comme une des raisons qui peuvent éloigner l'idée d'une coxalgie.

En second lieu, la position du membre, une fois produite, ne tend qu'à s'accroître par le progrès du mal ; mais elle ne se transforme pas ordinairement en une attitude opposée, si la luxation n'a pas lieu. Voilà la règle ; le contraire est une exception. Parmi toutes les observations rassemblées par M. Crocq, je n'en trouve que trois dans lesquelles ce fait, qu'il croit constant, paraisse s'être présenté. De toutes les observations de coxalgie réunies par M. Maisonneuve, une seule, qui est de Larrey, semble l'avoir offert ; M. Bonnet l'a vu, dit-il, à peine *deux fois* sur un nombre considérable de maladies de la hanche qu'il a observées : aussi n'hésite-t-il pas à regarder ce fait comme exceptionnel (1).

Sans doute, c'est dans les conditions pathologiques variables des tissus articulaires qu'il faut chercher les causes de la différence des attitudes du membre dans la coxalgie. On a déjà fait voir, par de curieuses expériences, quelle pouvait être, sous ce rapport, l'influence de la réplétion de la capsule par les liquides épanchés. Le ligament rond peut aussi, quand il est spécialement atteint, donner lieu, par suite de la douleur causée par sa tension, à un mouvement d'abduction, propre à le mettre dans le relâchement. On conçoit encore que, si le côté interne de l'articulation est le siége principal du mal, l'adduction se produise afin de le soustraire à la pression ou à la distension. Mais toutes ces vues de l'esprit ont besoin de la consécration des faits ; on ne peut l'obtenir que par une dissection attentive des parties dans des cas où l'on a noté avec soin la position du membre pendant la vie, et les faits de cette nature sont encore trop peu nombreux pour ne pas nécessiter de nouvelles recherches.

(1) *Loc. cit.*, p. 311.

§ 3. *Remarques générales sur le traitement des tumeurs blanches.*

La première condition du traitement, d'après M. Crocq, d'accord en cela avec la plupart des chirurgiens, MM. Velpeau, Bonnet, Richet, etc., c'est l'immobilité absolue de la jointure malade. Le second moyen à y joindre, c'est la compression. De même que dans les fractures, l'appareil amovo-inamovible produit le plus sûrement l'une et l'autre. Il borne ou fait rétrograder la fluxion sanguine, hâte la résorption des produits exsudés, s'oppose à ce qu'il s'en forme de nouveaux, arrête le développement du tissu cellulo-vasculaire, favorise sa transformation en tissu cellulo-fibreux, conserve la position avantageuse qu'on a dû donner au membre, empêche ou diminue la contraction spasmodique des muscles, prévient tout déplacement des os et calme les douleurs; il convient également dans la première période, c'est-à-dire dans l'état inflammatoire qui précède la suppuration, dans la seconde période, lorsqu'il existe des abcès ou des plaies fistuleuses, et même dans la période de réparation, où l'on ne supprime que par degrés l'action des bandages, jusqu'à ce que le membre soit à peu près revenu à l'état normal. Aux articulations des phalanges des doigts et des orteils, au métacarpe, au métatarse, aux articulations du carpe, du tarse, du poignet, du pied, du coude, du genou, de la hanche, de l'épaule, des clavicules, de la mâchoire inférieure, aux symphyses sacro-iliaques, le principe est partout le même; le bandage amidonné doit faire la base du traitement. Il n'y a à cette règle qu'une seule exception; elle est relative au rachis, où la compression est impraticable, et où il faut se contenter de l'immobilisation.

L'auteur reconnaît néanmoins que les remèdes internes, tels que l'iode, qui ont, dit-il, le même mode d'action que les moyens locaux, peuvent quelquefois suffire, notamment « lorsque

la maladie suit une marche très lente » (p. 622), et qu'il y a peu de gonflement; car, même dans ce cas, si le gonflement est considérable, les appareils compressifs sont indispensables et l'on pourrait plutôt se passer du traitement interne. Par des motifs semblables, on peut simplifier ou supprimer l'appareil dans certaines coxalgies indolentes ou peu douloureuses et sans gonflement appréciable (p. 692).

Les médications locales et générales qui concourent à la guérison avec l'appareil amidonné, sont d'ailleurs celles que l'on connaît, les purgatifs, le mercure, l'iode, l'huile de foie de morue, les ferrugineux, les narcotiques, les vésicatoires, si utiles dans les mains de M. Velpeau, les pommades irritantes, la cautérisation, rarement les émissions sanguines.

Les abcès seront ouverts par une petite ponction ou par la méthode sous-cutanée; on emploiera ensuite les injections iodées. Ces mêmes injections ou celles de solution de nitrate d'argent, de baume opodeldoch, conviennent s'il y a des trajets fistuleux.

M. Crocq montre une très grande confiance dans cet ensemble de moyens, et surtout dans l'emploi du bandage amovo-inamovible. Il croit la méthode qu'il recommande *bien plus efficace* que celles qui l'ont précédée (p. 614). L'ankylose deviendra *extrêmement rare*, si l'on se conforme à ses préceptes (p. 603). Dans les tumeurs blanches du coude, cette *thérapeutique rationnelle* guérit, même sans ankylose, des cas qui, *dans les idées généralement reçues*, auraient nécessité l'amputation (p. 648). Au genou, elle *conduit à des résultats assurés*, pourvu que le traitement soit suffisamment prolongé (p. 682). A la hanche, elle a *évité* dans un cas la suppuration (p. 698), et les faits rapportés prouvent qu'il ne faut pas désespérer de son *succès* dans le degré le plus avancé de coxarthrocace (p. 704).

M. Crocq ne se serait-il pas fait quelque peu illusion? Ne se serait-il pas un peu trop laissé emporter par son enthousiasme,

d'ailleurs légitimé, en quelque sorte, par les guérisons dont il a été témoin, ou qu'il rapporte d'après Delavacherie, MM. Bonnet, Malgaigne, Seutin, Mussche, Burggraeve?

Un auteur dont j'ai déjà opposé, dans une autre circonstance, le langage modeste aux paroles de l'illustre Pott, David, dans un opuscule qu'on n'a pas assez lu, que notre honorable confrère ne paraît pas connaître, a rapporté, en 1779, des cas de tumeurs blanches suppurantes du poignet, du cou-de-pied, du coude, du genou, de la hanche, guéries ou en voie de guérison, quoique ces articulations parussent dans un état désespéré. Sa méthode ressemblait beaucoup à celle que préconise M. le docteur Crocq; elle consistait à tenir les parties dans un *repos parfait et constant*, en les plaçant *à demeure* dans des fanons ou des faux-fanons, *comme dans les fractures*, ce qui ajoutait aussi la compression à l'immobilité, et en ne faisant que des pansements *rares et très rares*, genre de pansement sur lequel Lecat, beau-père de David, avait déjà appelé l'attention à l'occasion d'un prix proposé par l'Académie de chirurgie. De même que M. Crocq, le gendre de Lecat se décidait difficilement à l'amputation, encouragé par ces faits. Mais croit-on qu'il accorde dans tout cela à l'*art* une grande part? « C'est à la nature, dit-il, qu'ont été dues ces grandes guérisons..... elle ne veut pour cela que *du temps et du repos*. » Et pour preuve, il raconte l'histoire d'un homme qui, n'ayant pas voulu laisser ouvrir un abcès, dans une tumeur blanche du genou, fut *abandonné aux seuls soins de la nature* et guérit, malgré de graves accidents, en gardant le lit et en évitant tout mouvement de la partie (1).

Franchissons l'intervalle qui nous sépare de l'époque brillante de l'Académie de chirurgie. Nous rencontrons, assez près

(1) David, *Sur les effets du mouvement et du repos*, Paris, 1779; voir aussi du même, sous le pseudonyme de Bazille, un *Mémoire sur les contre-coups*, t. IV des *Prix de l'Acad. de chirurgie*, p. 563.

de nous, un médecin qui, lui aussi, prétendait guérir souvent les tumeurs blanches *dans les cas les plus désespérés :* c'est Lugol. Il employait presque uniquement, comme on sait, l'iode, et loin de condamner la partie au repos, il prescrivait l'exercice du corps, sans en excepter l'articulation malade. M. Crocq ne nie pas ces faits ; il les interprète à sa manière. Pour nous, en voyant des tumeurs blanches suppurantes guérir, sans iode, par la compression et le repos, et des affections toutes semblables guérir par l'iode, sans l'intervention de ces moyens locaux, nous sommes très disposés à n'accorder ni à l'un ni à l'autre traitement l'importance que leurs partisans leur attribuent, bien que nous soyons loin de leur refuser une certaine utilité, au moins dans des cas déterminés.

Une opinion fort analogue à celle que j'exprime ici est formulée, à propos de l'iode, dans le *Compendium de chirurgie pratique* de MM. Denonvilliers et Gosselin. « Tout en conseillant les préparations iodées, disent nos estimables collègues, nous ne saurions partager l'espèce d'engouement avec lequel Lugol les a préconisées ; nous pensons qu'une grande partie de leurs succès dans les tumeurs blanches a été due à la *temporisation* à laquelle leur administration soumettait les malades. Il est incontestable, en effet, qu'à une certaine époque, on croyait peut-être trop à l'incurabilité absolue de ces maladies, et, par suite de cette opinion, les chirurgiens se décidaient un peu trop facilement aux amputations ; en donnant l'iode, Lugol a fait gagner à la maladie assez de *temps* pour que l'ankylose ait pu s'établir (1). » N'est-ce pas là le langage de David que je rappelais il n'y a qu'un instant, c'est-à-dire le langage des faits, se reproduisant de lui-même à quatre-vingts ans de distance? Et ces réflexions seraient-elles moins justes, si, dans leur énoncé, on substituait à l'iode

(1) *Compendium de chir.*, t. II, p. 467.

les bandages amidonnés fendus et fenêtrés, et au nom de Lugol celui de M. le docteur Crocq?

Ce passage du *Compendium*, qui est de 1851, montre l'anachronisme commis par notre confrère, lorsqu'il se plaint des *idées généralement reçues*, en 1853 (ou 1854), sur la nécessité de l'amputation dans les tumeurs blanches. Il y a déjà bien des années que les sages préceptes de Boyer, de Gerdy, qu'il mentionne, ont universellement triomphé, et s'il est encore des chirurgiens qui ont la main un peu *leste*, ils sont, grâce à Dieu, en très petite minorité. Les idées régnantes sur ce point ont reçu une telle publicité qu'il est impossible de s'y méprendre. Pour n'en citer qu'un seul exemple, quoi de plus connu, à cet égard, que l'opinion et la conduite de mon collègue de l'hôpital des Enfants, M. Guersant, qui, depuis nombre d'années, professe et pratique publiquement le dogme de l'amputation tardive dans les tumeurs blanches qui peuplent ce qu'on est convenu d'appeler nos *salles de scrofuleux !*

§ 4. *Des indications relatives aux positions.*

Il est une question grave dans la thérapeutique des tumeurs blanches : c'est celle des positions. Si l'on en croit M. Bonnet, avant le travail qu'il a publié sur ce sujet en 1840, elles avaient peu fixé l'attention des chirurgiens, *et les auteurs qui ne les avaient pas complétement négligées* s'étaient « contentés de dire que les malades adoptaient instinctivement celles qui leur étaient *le plus avantageuses*, et qu'une fois choisies, *elles devaient être respectées* jusqu'à la guérison complète des phénomènes inflammatoires. » Répondant à une réclamation de Mayor, M. Bonnet a répété cette assertion en 1845 (1). Cela est regrettable; car les nom-

(1) *Traité des maladies articul.*, t. I, p. 78 et 86.

breux lecteurs de cet excellent ouvrage seront d'autant plus facilement induits en erreur par ce passage, qu'il est naturel de penser que l'auteur d'une monographie doit être au courant de ce qui s'est fait avant lui sur le même sujet.

J.-L. Petit a écrit, en parlant de la luxation spontanée du fémur, cette phrase remarquable : « Les difformités qui restent après cette luxation viennent le plus souvent de la mauvaise situation qu'on laisse prendre au malade, à qui *il est bien difficile* d'en donner d'autre que celle où il souffre le moins ; heureux quand cette situation n'a rien de contraire à la position naturelle de la partie (1). »

Boyer dit, à propos des tumeurs blanches graves, qui ne peuvent guérir que par ankylose : « Lorsque la nature, secondée convenablement par l'art, paraît devoir triompher de la maladie, on doit tenir le membre dans la plus parfaite immobilité, et *lui donner, s'il est possible, la position dans laquelle il pourra par la suite remplir plus facilement ses fonctions* (2). »

Voilà déjà un langage un peu différent de celui que M. Bonnet prête aux auteurs qui l'ont précédé ; mais ce n'est pas tout.

Mayor, dans un mémoire publié dans la *Gazette médicale* en 1836, réimprimé en 1838, et ayant pour sujet la coxalgie et les déviations latérales du bassin, donne formellement le conseil et indique le moyen de changer la position du bassin incliné latéralement dans les maladies de l'articulation ilio-fémorale (3).

Mais Delpech et M. Mellet avaient fait plus, l'un dès 1828, l'autre en 1835.

Dans un article spécial de son *Orthomorphie*, intitulé *Traitement des difformités dépendantes des lésions organiques des os* (t. II, p. 376), Delpech prescrit bien de *respecter* l'attitude du malade,

(1) *Malad. des os*, t. I, p. 320.
(2) *Malad. chir.*, t. IV, p. 530.
(3) *Deligat. chirurg.*, p. 322, 3e édit., Germer Baillière.

tant que durent les douleurs vives, la fièvre et les autres symptômes d'un état inflammatoire *vraiment aigu;* mais il ajoute qu'aussitôt que l'inflammation a cessé, quand il ne reste que les douleurs *inséparables d'une destruction quelconque*, il faut, « si l'attitude choisie doit priver, *dans la suite*, un membre de toute son utilité, le ramener à des conditions moins défavorables. » Il conseille pour cela les moyens mécaniques propres à *rectifier* un membre inférieur, à *ramener un membre pectoral à la flexion*, etc.

M. Millet (1) ne veut même pas qu'on attende la diminution des douleurs; il veut qu'on *prévienne* la flexion du genou, du coude, du poignet, dans les affections de ces jointures; « il faut s'y prendre de bonne heure, » dit-il, et s'opposer dès le début à ce que cette flexion soit continue. Il a consacré plusieurs pages à exposer le traitement mécanique destiné à remplir cette indication ou à rétablir la position normale à toute autre époque de la maladie, si l'on n'a pas été appelé dans sa première période. Il rapporte sept observations de tumeurs blanches plus ou moins avancées, dans lesquelles cette méthode a réussi.

C'est dans cette voie que s'est engagé à son tour M. Bonnet, et il y a été suivi par M. le docteur Crocq. Tous deux font une loi absolue du redressement qu'on doit imprimer à l'axe du membre dévié, à quelque époque de la maladie que l'on soit appelé. Ce redressement sera opéré avec les mains; si l'on ne gagne rien par une action forte et continue, on se sert du chloroforme, qui relâche les muscles et fait taire la douleur, puis on redresse la jointure *de force;* si l'on ne réussit que partiellement, on fixe le membre dans l'attitude produite, et l'on recommence un autre jour, jusqu'à redressement complet. Si les mains ne suffisent pas, on a recours aux machines. « Cette indication, disait M. Bonnet en 1845, ne souffre aucune exception. » En 1853, M. Bonnet

(1) *Manuel d'orthopédie*, p. 236, 240, 335.

en admet une pourtant : « On doit, dit-il, négliger les changements de direction des membres, si les lésions sont trop anciennes, ou trop profondes pour être impunément attaquées (1). »

M. Crocq est en outre d'avis de renoncer à ces efforts si la position vicieuse dépend d'une luxation complète, excepté à la hanche, où il croit à la possibilité de réduire, sans danger pour le malade. Il nous paraît manquer de faits à l'appui de cette dernière opinion, qu'il base uniquement sur les réductions de Humbert, depuis longtemps fort suspectes, et sur deux observations de la clinique de M. Seutin, dont le résultat définitif, inconnu dans l'une, a été, dans l'autre, le retour de la luxation.

A l'exemple de M. Bonnet, M. Crocq insiste longuement sur les inconvénients et les dangers des positions vicieuses dans les tumeurs blanches ; il rappelle que, sans elles, les luxations spontanées ne pourraient généralement avoir lieu ; que le fémur, par exemple, ne peut se luxer en dehors qu'à la faveur de l'adduction et de la flexion prolongées du membre, d'où l'indication pressante de prévoir ou de corriger ces attitudes pour empêcher la luxation.

Mais, il faut le dire, M. Crocq, ainsi que M. Bonnet, garde le silence sur les inconvénients qu'il peut y avoir à violenter des articulations malades pour les ramener à une meilleure position, inconvénients qu'il eût été bon de mettre en balance avec les avantages que procure cette manœuvre. Que certains malades ne ressentent point ces inconvénients, qu'il s'en soit même trouvé qui aient éprouvé du bien-être à la suite de ces violences, cela ne prouve point qu'il en soit toujours ainsi. Il y a ici, comme en tout, des distinctions indispensables, surtout relativement aux articulations affectées et à l'état général des sujets, et les essais qu'on a faits de cette méthode à Paris n'ont pas toujours eu des suites aussi simples.

(1) BONNET, *Thérap. des malad artic.*, p. 181.

D'ailleurs pourquoi, de prime abord, ces extensions brusques, ces procédés instantanés? ce n'est pas ainsi que s'y prenaient Delpech et M. Mellet. N'est-il pas beaucoup plus rationnel et moins dangereux d'agir comme eux, avec lenteur, par degrés, de tâter la sensibilité locale en sachant s'arrêter à propos, ou même rétrograder, si l'état pathologique l'exige? C'est là le grand avantage de l'emploi des appareils orthopédiques, dont M. Crocq ne me paraît pas avoir compris le genre d'utilité, prévenu, comme il l'était, en faveur du bandage amidonné.

Nous ne saurions, au surplus, accepter le principe absolu de M. Bonnet, et surtout de M. Crocq, sur la nécessité de faire intervenir une force mécanique quelconque, *toutes les fois* que le membre n'est pas dans une position favorable. L'expérience de nos honorables collègues de la Société de chirurgie s'accordera, je crois, avec la nôtre pour établir que, quelque succès que l'on puisse citer en faveur de ce précepte, cette indication, dans bon nombre de cas, est dominée par une autre indication plus urgente, qui est de faire vivre le malade, de l'aider à supporter la longueur du travail qui doit amener la guérison, de ne pas ajouter par des manœuvres intempestives à ses souffrances ainsi qu'aux désordres déjà trop grands de la jointure. Ceux d'entre vous qui observent la marche des maladies au sein de grandes réunions d'enfants pauvres penseront sans doute, comme nous, qu'un pareil système, s'il leur était appliqué comme méthode générale, serait véritablement désastreux. Il reste peut-être, j'en conviens, à mieux fixer les cas dans lesquels le redressement forcé du membre est innocent ou semble même *antiphlogistique*, comme le pensent M. Bonnet et Lesauvage, et ceux dans lesquels ce redressement peut au contraire devenir pernicieux. Attendons à cet égard les enseignements de l'avenir.

La conduite à tenir dans les cas d'attitudes vicieuses doit d'ailleurs être subordonnée à la nature des causes qui retiennent

les os dans leur mauvaise situation. C'est ce que M. Crocq a parfaitement développé dans un mémoire spécial sur les *Positions dans les maladies articulaires*, imprimé deux ans après la publication de son *Traité des tumeurs blanches*. Aux différentes causes des *positions* articulaires qu'il a admises dans son premier ouvrage, il a ajouté dans celui-ci la rétraction des ligaments, dont il examine le rôle, en particulier, dans les tumeurs blanches du poignet, du genou et de la hanche. M. Crocq n'avait probablement pas connaissance du travail de Gerdy sur les *rétractures* des tissus albuginés, ni de celui de M. Ferd. Martin sur les effets du raccourcissement des ligaments dans les arthropathies du genou, sans quoi il les eût certainement cités à cette occasion. On comprend combien il importe de distinguer les cas où l'obstacle au redressement des jointures malades est produit par cette cause, de ceux où cet obstacle réside dans les muscles, dans les aponévroses, ainsi que des cas où il résulte d'adhérences accidentelles établies entre les os.

DESCRIPTION ANATOMIQUE

D'UN

ANÉVRYSME ARTÉRIO-VEINEUX PROFOND

DU PLI DU COUDE,

SUIVIE DE RÉFLEXIONS

Par M. C. CHARNAL,

Interne des hôpitaux.

(Travail lu à la Société de chirurgie, le 26 novembre 1856.)

Je viens compléter une observation qui a déjà à deux reprises fixé l'attention de la Société de chirurgie. Le commencement de cette observation a été publié en 1851 par M. Follin, dans le 2e volume des *Mémoires* in-4° de la Société, sous le titre de : *Observation d'une communication entre l'artère humérale et les veines profondes du pli du bras*. Le malade qui en est le sujet vient de mourir à l'hôpital Saint-Antoine. J'ai disséqué son bras avec soin ; cela m'a permis de confirmer, dans sa partie la plus essentielle, l'exactitude du diagnostic de M. Follin, mais j'ai constaté en même temps quelques particularités qui ne pouvaient pas être reconnues pendant la vie, et que je crois devoir faire connaître à la Société de chirurgie.

Le 11 novembre 1856, le nommé Maréchal (Charles-Alfred), âgé de trente-quatre ans, tourneur en bois, entrait à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. le docteur Oulmont. (Salle Saint-Augustin, lit 19.)

Il présentait alors tous les signes d'une tuberculisation pulmonaire très avancée, et succombait le 15 novembre à une pneumonie tuberculeuse occupant tout le lobe inférieur du poumon gauche.

Je connaissais ce malade que j'avais eu l'occasion d'étudier une première fois, au mois de décembre 1855, dans le service de M. Chassaignac ; aussi pendant le

court séjour qu'il fit à l'hôpital Saint-Antoine mon attention se porta-t-elle sur son bras que j'étudiai de nouveau. J'ignorais alors et le travail de M. Follin, et le diagnostic porté par lui; aussi cette observation avait-elle pour moi un immense intérêt qu'elle ne saurait avoir à vos yeux, s'il ne m'avait été donné de la terminer par la description de la pièce anatomique et de compléter ainsi l'observation commencée en 1851 par M. Follin.

Je ne vous raconterai pas les antécédents du malade; vous les connaissez déjà. Je me contenterai seulement, avant d'arriver à la partie principale de mon observation, c'est-à-dire à l'anatomie pathologique, de vous rappeler en quelques mots les symptômes que l'on constatait sur le bras de Maréchal.

Au bras droit et au niveau du pli du coude, immédiatement en dedans du tendon du biceps, on apercevait une légère saillie de la peau, et, soit à la vue, soit au toucher, on constatait que cette saillie était le siége de battements isochrones aux pulsations artérielles. En outre, le doigt, placé sur la tumeur, percevait très manifestement le frémissement caractéristique des anévrysmes artério-veineux. Ce frémissement cessait d'être appréciable vers la partie moyenne du bras, tandis que du côté de l'avant-bras il disparaissait à $0^{m},015$ ou $0^{m},02$ environ au-dessous de la petite saillie.

A l'auscultation, on trouvait un bruit de souffle à double courant d'une intensité remarquable au niveau du pli du coude; ce bruit se prolongeait en s'affaiblissant jusqu'à l'aisselle d'une part, et d'autre part jusqu'au poignet.

En comprimant l'artère humérale vers sa partie moyenne, on voyait disparaître aussitôt battements, frémissement et bruit de souffle; puis le tout reparaissait aussitôt que l'on cessait la compression. Enfin, en comprimant l'avant-bras vers sa partie moyenne, on n'amenait aucune modification notable dans les phénomènes observés.

En examinant comparativement les deux avant-bras, on ne trouvait entre eux de différences appréciables ni dans la chaleur, ni dans le volume. La force musculaire était un peu moindre du côté droit. Les veines sous-cutanées du même côté n'étaient pas plus dilatées que celles du côté gauche; elles ne présentaient ni frémissement, ni battements. Enfin le pouls radial, que je ne vois pas signalé dans l'observation de M. Follin, et que j'ai exploré à différentes reprises, avait une force sensiblement égale à droite et à gauche; peut-être cependant était-il légèrement plus faible à droite.

Au moment où le malade entrait à l'hôpital Saint-Antoine, il y avait déjà longtemps qu'il ne s'était livré à un travail pénible, aussi n'éprouvait-il que peu de gêne dans les mouvements du membre et ne se plaignait-il que d'un léger fourmillement dans les doigts.

La non-dilatation des veines superficielles, l'absence de battements dans ces mêmes veines, et enfin l'impossibilité de percevoir le frémissement à l'avant-bras, me firent penser que, dans ce cas, la communication pourrait bien exister entre l'artère et les veines profondes; opinion déjà émise devant vous par M. Follin; mais, je le répète, j'ignorais et le travail de ce chirurgien et le diagnostic porté par lui.

A l'autopsie, faite le 17 novembre, on trouve, pour expliquer la mort, des cavernes et des tubercules ramollis dans les deux poumons, une pneumonie au deuxième degré occupant tout le lobe inférieur du poumon gauche et au milieu de laquelle on rencontre encore un nombre considérable de tubercules, puis dans le ventricule droit un caillot fibrineux se prolongeant, d'une part dans l'oreillette correspondante, et d'autre part dans l'artère pulmonaire et ses divisions. J'arrive à la description du bras.

La peau est mince; elle glisse facilement sur un tissu cellulaire lâche et peu abondant; elle ne présente aucune adhérence cicatricielle au niveau de la petite tumeur.

Les veines superficielles sont peu volumineuses; elles offrent la disposition la plus ordinaire : la veine médiane de l'avant-bras se bifurquant au pli du coude pour former la médiane céphalique, qui se porte en dehors, et la médiane basilique, qui se dirige en dedans. Dans son trajet, la médiane basilique passe au côté interne de la petite tumeur anévrysmale dont elle n'est séparée que par l'aponévrose d'enveloppe. On la détache facilement dans toute son étendue et l'on constate qu'elle ne présente de communication ni avec cette tumeur, ni avec l'artère.

En dedans du tendon du biceps et immédiatement au-dessus du bord supérieur de l'expansion aponévrotique de ce tendon, on voit la petite saillie produite par l'anévrysme soulever légèrement l'aponévrose d'enveloppe au-dessous de laquelle elle est située.

Après avoir enlevé cette aponévrose, on arrive sur les vaisseaux, qui, examinés d'abord vers la partie moyenne du bras, offrent entre eux les rapports suivants : l'artère est au milieu; deux veines l'accompagnent, l'une située à son côté externe, l'autre occupant son côté interne; le nerf médian est en dedans du faisceau vasculaire. En se rapprochant du pli du coude, on voit la veine externe se placer au-devant de l'artère et présenter, au-dessus du bord supérieur de l'expansion aponévrotique du biceps, un renflement du volume d'un gros pois : c'est là la tumeur anévrysmale. Au-dessus et immédiatement au-dessous de ce renflement, les deux veines, l'externe et l'interne, communiquent ensemble par deux larges anastomoses, de telle sorte qu'en ce point l'artère est complétement recouverte par les veines en arrière desquelles elle est située.

En poursuivant la dissection de ces vaisseaux, on constate que la veine externe et l'artère sont intimement unies ensemble dans une petite étendue qui correspond exactement au point le plus saillant du renflement veineux.

Après avoir ouvert longitudinalement l'artère par sa partie postérieure et avoir écarté les bords de la section, on aperçoit un petit orifice ovalaire dont le grand diamètre, vertical, mesure à peine $0^{m},002$ de longueur. La tunique interne de l'artère s'enfonce dans cet orifice comme elle le ferait au niveau de l'origine d'une branche collatérale. Cet orifice correspond exactement au point où la veine est adhérente à l'artère. Un stylet droit introduit par cette ouverture pénètre directement dans la veine, au point même où celle-ci présente son maximum de renflement. Si au lieu d'un stylet droit on se sert d'un stylet recourbé, on voit son extré-

mité s'engager dans le calibre de la veine et se porter facilement soit en haut, soit en bas.

Il y a donc communication évidente entre l'artère et sa veine collatérale externe.

Au niveau de l'anévrysme les parois de cette veine sont épaissies et ne s'appliquent plus l'une contre l'autre, comme cela a lieu dans les veines; en un mot, elles présentent les caractères de l'artérialisation. Cet épaississement des tuniques veineuses est encore manifeste à $0^m,015$ au-dessus de la dilatation anévrysmale et à $0^m,01$ environ au-dessous. La veine interne, qui communique si largement avec la veine externe par les deux anastomoses dont j'ai parlé, ne présente pas cet épaississement des parois que l'on constate cependant sur l'anastomose inférieure. L'artère n'offre rien de particulier ni dans sa structure, ni dans son volume.

En suivant les vaisseaux du côté de l'avant-bras on les voit, au-dessous de l'articulation du coude, reprendre leurs rapports primitifs, l'artère se plaçant entre les deux veines.

Là encore se trouve un fait important à signaler, c'est une anomalie artérielle. Ainsi l'artère au lieu de se bifurquer au-dessous du pli du coude, comme le fait ordinairement l'humérale pour donner naissance à la radiale et à la cubitale, suit seulement le trajet de cette dernière artère; tandis que la radiale que l'on trouve sous le bord interne du muscle long supinateur passe dans l'angle formé par le bord interne du biceps et le bord inférieur de l'expansion aponévrotique de ce tendon, et se trouve placée sous la face profonde de ce muscle à un centimètre environ en dehors du faisceau vasculaire dont j'ai parlé. Il y a donc une bifurcation prématurée de l'artère humérale, bifurcation qui se fait à la partie supérieure du bras et par suite de laquelle la communication artério-veineuse, bien que siégeant au niveau du pli du coude, existe seulement entre l'artère cubitale et sa veine collatérale externe.

Ainsi s'explique très bien et la force du pouls radial, que j'ai signalée dans l'observation, et le peu de gêne qu'entraînait, pour les fonctions du membre, la présence de l'anévrysme artério-veineux au niveau du pli du coude; puisque, grâce à cette division prématurée de l'artère humérale, la circulation de l'avant-bras et de la main n'était modifiée qu'en partie par la blessure de l'une des deux artères, l'autre étant intacte et pouvant suffire à elle seule à assurer la circulation dans la partie du membre située au-dessous de l'anévrysme.

Pour terminer enfin cette description anatomique je dois signaler une anastomose veineuse qui, naissant de la veine collatérale cubitale externe et se rendant dans la veine médiane céphalique, devait faciliter le retour du sang veineux en établissant une large communication entre ces deux veines.

Telle est dans tous ses détails la description de la pièce anatomique dont je désirais donner connaissance à la Société de chirurgie.

En vous communiquant, messieurs, la première partie de cette observation, M. Follin insistait sur ces deux faits les plus saillants, à savoir : 1° la précision du diagnostic ; 2° la rareté des

communications entre l'artère humérale et ses veines collatérales.

L'existence de la communication de l'artère avec les veines profondes, indiquée d'une façon très nette par la symptomatologie, avait été mise hors de doute par les résultats d'une saignée faite sur la médiane basilique, au niveau même de la piqûre qui avait causé l'anévrysme. Le fait était donc déjà certain et l'autopsie est venue seulement en donner une preuve nouvelle. Mais voulant pousser plus loin encore la localisation de la lésion, M. Follin croyait pouvoir dire que la communication existait entre la veine interne et l'artère; basant cette opinion sur ce fait, que l'on faisait disparaître le frémissement en comprimant, même légèrement, l'artère brachiale de dedans en dehors au niveau de l'anévrysme, tandis que la compression exercée de dehors en dedans ne produisait rien de semblable. Malheureusement ici les pièces ne viennent pas à l'appui du raisonnement, puisque l'anatomie pathologique nous montre que la communication existait entre l'artère et la veine externe. Le signe, fort ingénieux d'ailleurs, indiqué à M. Follin par M. Nélaton, perd donc ainsi une grande partie de sa valeur.

Je ne reviendrai pas sur le peu de fréquence des communications entre l'artère humérale et les veines profondes. Les faits de ce genre sont, il est vrai, peu nombreux encore; mais cette rareté tient-elle à l'absence des faits eux-mêmes ou bien doit-on l'attribuer à un manque de précision dans le diagnostic? C'est ce qu'il ne nous est pas permis d'affirmer.

Quelques mots encore relatifs à la seconde partie de l'observation.

L'anatomie pathologique de l'anévrysme artério-veineux est maintenant parfaitement établie; toutes les variétés de phlébartéries ont été observées et nous en trouvons la description, non-seulement dans les ouvrages spéciaux, mais encore dans les traités classiques de pathologie externe. Vidal et après lui

M. Broca, dans son *Traité des anévrysmes*, nous donnent à ce sujet des dessins fort curieux. Cependant, si nous consultons les observations d'anévrysmes artério-veineux, nous en trouvons bien peu dans lesquelles l'anatomie pathologique soit décrite d'une façon complète. En effet, c'est souvent au milieu d'une opération que le chirurgien constate rapidement la disposition des parties dont il nous donne ensuite la description, comme dans le cas observé par Park; ou bien encore, comme cela a eu lieu pour le fait de Roux signalé par M. Puydebat, c'est à la suite d'une amputation nécessitée par des accidents consécutifs à la ligature de l'artère, et lorsque l'étude anatomique a été rendue presque impossible soit par les manœuvres opératoires, soit par la suppuration ou la gangrène.

Ceci explique comment les pièces d'anévrysme artério-veineux sont si peu nombreuses, et comment il se fait que la riche collection d'anatomie pathologique du musée Dupuytren n'en présente qu'un seul exemple, du à M. Laugier et inscrit sous le n° 248. Sous ce point de vue notre description anatomique et la pièce qui l'accompagne présentent donc déjà un certain intérêt.

Mais cet intérêt augmente encore lorsque, étudiant la pièce en elle-même, nous y trouvons l'explication de certains phénomènes observés sur notre malade. En effet, l'anévrysme artério-veineux du pli du coude, siégeant ordinairement sur un tronc artériel de premier ordre, l'artère humérale, entraîne par sa présence des troubles notables dans la circulation et dans les fonctions de la partie inférieure du membre, troubles qui nécessitent presque toujours une intervention active de la part du chirurgien. Rien de semblable sur notre malade; la circulation de l'avant-bras et de la main était à peine modifiée par la présence de l'anévrysme; le pouls radial conservait sa force; l'œdème ne survenait qu'après un travail pénible et prolongé et disparaissait après quelques jours de repos. En un mot, les accidents présen-

taient si peu de gravité que le malade ne chercha jamais à se débarrasser de son infirmité. A quoi tenait donc ce peu d'intensité dans les symptômes? L'anatomie pathologique nous en a donné l'explication. L'artère humérale se divisait prématurément à la partie supérieure du bras pour donner naissance à la radiale et à la cubitale. Cette dernière artère, suivant le trajet ordinaire de l'humérale, avait été seule atteinte par la lancette, tandis que l'artère radiale, cachée sous le muscle biceps et n'étant point comprise dans la lésion, suffisait à elle seule à assurer la circulation de la partie inférieure du membre.

RAPPORT

SUR UNE

OBSERVATION DE VARICE ANÉVRYSMALE

PROFONDE,

SUIVI DE

RECHERCHES SUR LA CIRCULATION ET LA NUTRITION DES MEMBRES ATTEINTS DE PHLÉBARTÉRIE,

LU A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, LE 4 MARS 1857,

Par M. PAUL BROCA,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
chirurgien des hôpitaux.

MESSIEURS,

Vous avez écouté avec intérêt, dans la dernière séance de novembre 1856, la lecture d'une observation recueillie et rédigée par M. Charnal, interne des hôpitaux, observation fort importante, qui venait compléter un fait déjà communiqué à la Société par nos deux collègues MM. Follin et Chassaignac. Il s'agissait d'un homme qui, à la suite d'une saignée malheureuse, avait conservé une varice anévrysmale dans la région du pli du coude. Une toute petite tumeur pulsatile, située sur le trajet de l'artère humérale, accompagnée d'un frémissement vibratoire manifeste et d'un souffle à double courant assez étendu, rendait évidente l'existence d'une phlébartérie, et cependant les veines superficielles paraissaient tout à fait intactes; on n'y sentait ni frémissement, ni pulsation, et M. Follin, qui eut l'occasion d'étudier ce malade en 1847, à l'hôpital Saint-Antoine, n'hésita pas à diagnostiquer une communication entre l'artère humérale et l'une des veines profondes du pli du bras. L'exactitude de ce dia-

gnostic fut bientôt confirmée. Le malade, entré dans un service de médecine pour une affection interne qui réclamait l'emploi des émissions sanguines, fut saigné avec précaution sur la veine médiane basilique, et un jet de sang noir, sans saccade, sans mélange de sang rouge, prouva aussitôt que les veines superficielles ne communiquaient pas directement avec l'artère.

Le résultat de cette expérience, et les détails symptomatologiques consignés par M. Follin dans un travail qui fait partie du second volume de nos *Mémoires* (1851, t. II, p. 52), n'avaient laissé aucun doute sur la réalité de cette variété particulière de phlébartérie qui existe entre l'artère humérale et l'une de ses veines satellites; mais, pour rendre la description complète, il manquait, comme dernière confirmation, le contrôle de l'anatomie pathologique. C'est cette lacune que M. Charnal vient de combler. Le malade de M. Follin a succombé le 15 novembre dernier à une pneumonie tuberculeuse, et l'autopsie a démontré que l'artère communiquait seulement avec l'une des veines humérales profondes.

La description des pièces a été faite avec beaucoup de clarté et de précision par M. Charnal. Il n'y avait point de sac anévrysmal, la veine humérale externe était simplement dilatée au niveau de la communication accidentelle; la lésion rentrait par conséquent dans la catégorie des phlébartéries simples. En poursuivant la dissection, M. Charnal s'est aperçu que l'artère humérale présentait une anomalie assez commune; l'artère radiale prenait naissance à la partie supérieure du bras. Mais ce n'était pas sur ce vaisseau anormal, c'était sur le tronc même de l'humérale qu'était située la phlébartérie, de telle sorte que l'existence de l'anomalie ne pouvait servir d'excuse à la maladresse de l'opérateur qui avait ainsi piqué l'artère.

J'ai dit que la phlébartérie existait sur le tronc même de l'humérale. Cette assertion n'est point conforme au titre donné à

l'observation par M. Charnal qui considère le vaisseau blessé comme étant une artère cubitale. Je ne saurais partager cette manière de voir. Ce n'est pas ici le lieu de reproduire les arguments que Meckel avait déjà fait valoir, et que j'ai présentés moi-même avec de nouveaux développements dans un mémoire lu en 1849 à la Société anatomique (*Bulletins de la Soc. anatomique*, 1849, t. XXIV, p. 49). Tous ceux qui ont étudié cette question d'anatomie, plus pratique qu'on ne pense, s'accordent aujourd'hui à reconnaître que toujours, dans les cas de ce genre, quelque profondes et quelque diverses que soient les anomalies, il y a dans la région du bras, depuis l'aisselle jusqu'au pli du coude, dans la gaîne du nerf médian, entre les deux veines humérales profondes, un vaisseau artériel variable dans son calibre mais invariable dans ses rapports, et que ce vaisseau, dont les connexions sont parfaitement normales, ne peut recevoir d'autre nom que celui d'artère humérale. La connaissance de ce fait peut devenir fort utile en chirurgie. Les cas où il y a deux artères le long du bras sont assez communs pour qu'on doive en tenir compte dans la pratique; il est bon dès lors de savoir que ces anomalies sont soumises à certaines règles et que la situation de l'une des artères est constamment normale. La régularité et la précision des termes, toujours désirables, deviennent surtout nécessaires dans le cas particulier que M. Charnal nous a communiqué, parce que le titre de son travail semble démentir le diagnostic établi pendant la vie, tandis qu'au contraire ce diagnostic a été confirmé par l'autopsie. Ce titre aurait en outre l'inconvénient de faire admettre l'existence de la varice anévrysmale de l'artère cubitale, affection qui jusqu'ici, à ma connaissance, n'a pas été observée. Pour qu'une phlébartérie se produise, il faut en général que les veines lésées aient un certain calibre, et les veines satellites de l'artère cubitale sont peut-être trop petites pour se

prêter à cet accident. Je dis *peut-être*, parce que je ne veux pas nier la possibilité d'une chose qui ne paraît pas théoriquement impossible; mais il est sage en tous cas d'attendre une preuve matérielle, avant d'ajouter l'artère cubitale à la liste des artères qui peuvent devenir le siége d'un anévrysme artério-veineux. Remarquez que sur le malade de M. Charnal la phlébartérie s'est établie dans un point où les veines satellites de la prétendue artère cubitale sont bien supérieures en volume aux veines cubitales profondes ordinaires. Elles ont déjà reçu l'anastomose qui fait communiquer au pli du coude le système veineux superficiel avec le système veineux profond. Elles ont reçu en outre les veines radiales profondes, de telle sorte qu'elles ont non-seulement la situation et les rapports, mais encore le volume des veines humérales normales. Ou pour mieux dire ce sont de véritables veines humérales, qui ne présentent aucune irrégularité ni dans leur origine, ni dans leur trajet, ni dans leurs connexions, ni dans leur calibre, et qui ne peuvent sous aucun prétexte être considérées comme des veines cubitales. Que ces veines humérales puissent prendre part à la formation d'une phlébartérie, cela est incontestable; on le soupçonnait déjà, on le savait même, et l'autopsie faite par M. Charnal le démontre sans réplique; mais elle ne démontre pas autre chose, tandis que si on s'en rapportait au titre de l'observation, on serait conduit à accepter comme prouvée la possibilité encore problématique d'une phlébartérie sur les veines cubitales profondes.

Quoi qu'il en soit, l'origine prématurée de la radiale permettait à la circulation de s'effectuer normalement dans l'une des artères principales de l'avant-bras et de la main, et M. Charnal a tiré parti de cette circonstance pour expliquer la bénignité toute particulière de la varice anévrysmale de son malade. Il me semble toutefois qu'il s'est fait illusion sur le degré de gravité de l'anévrysme artério-veineux du pli du coude. « Cet anévrysme,

» dit-il, siégeant ordinairement sur un tronc artériel de premier » ordre, entraîne par sa présence des troubles notables dans la » circulation et dans les fonctions de la partie inférieure du » membre, troubles qui nécessitent presque toujours une inter- » vention active de la part du chirurgien. » Vous trouverez sans doute comme moi, messieurs, que cette proposition générale est inexacte. L'anévrysme variqueux du coude donne quelquefois lieu à des accidents fâcheux, mais cela est exceptionnel ; le plus souvent il ne constitue qu'une infirmité assez légère, surtout lorsque la lésion, comme dans le cas actuel, se réduit à une phlébartérie simple, sans dilatation anévrysmale véritable. Tous les chirurgiens ont vu des malades qui ont vécu dans cet état un très grand nombre d'années en continuant à se servir librement de leur bras, et sans qu'aucun accident vînt nécessiter l'intervention de l'art. Sous ce rapport, le malade de M. Charnal n'a pas été plus heureux que beaucoup d'autres ; peut-être même a-t-il été moins heureux, puisqu'il ne pouvait se livrer à un travail prolongé sans voir survenir un œdème local qui disparaissait seulement après quelques jours de repos. Le membre avait d'ailleurs perdu une partie de sa force. Enfin, M. Henry, qui a publié l'année dernière, dans sa thèse inaugurale, cette même observation recueillie par lui avec beaucoup de soin à l'hôpital Lariboisière, M. Henry, dis-je, nous apprend que des douleurs vives, accompagnées de crampes véritables, obligeaient de temps en temps ce malade à interrompre son travail pendant deux ou trois semaines (1). Ainsi, quoique l'artère radiale, à cause de son origine prématurée, échappât à l'influence directe de la phlébartérie, les troubles circulatoires ont été tout aussi prononcés que dans les cas ordinaires. Je mentionnerai tout à l'heure d'autres particularités qui déposent dans le même sens.

(1) Alex. Henry, *Considérations sur l'anévrysme artério-veineux*, thèse inaugurale. Paris, 1856, p. 28.

Ce phénomène, au premier abord, peut paraître singulier. Toutefois, en y réfléchissant, on trouve qu'il s'accorde très bien avec la physiologie. Les perturbations qui accompagnent la phlébartérie se manifestent dans la circulation veineuse et dans la circulation capillaire, bien plus que dans la circulation artérielle. Celle-ci continue à s'effectuer librement, à peine atténuée par le petit courant de dérivation qui conduit dans les veines, à travers un orifice ordinairement très étroit, une portion relativement fort peu considérable de la colonne sanguine. Cette déperdition est même compensée en totalité ou en partie par la dilatation du tronc artériel au-dessus de la lésion. Mais la circulation veineuse est bien autrement troublée. Le courant de sang artériel qui passe incessamment de l'artère dans la veine avec une force d'impulsion fort supérieure à celle du sang noir, et qui se dirige aussitôt vers le cœur, oppose un obstacle sérieux au mouvement centripète du liquide qui revient de l'extrémité du membre. Aussi voit-on survenir des dilatations variqueuses, non-seulement au niveau de la phlébartérie, mais encore au-dessous de ce point, et parfois même, dans une étendue très considérable, sur les veines tributaires de la veine lésée. Les troubles physiologiques sont donc proportionnels au volume, à l'importance de cette dernière, à la largeur de l'orifice de communication, plutôt qu'au calibre de l'artère adjacente. Je m'explique ainsi pourquoi le malade de M. Charnal n'a retiré aucun bénéfice de l'anomalie qui semblait devoir le soustraire en grande partie aux inconvénients habituels de la phlébartérie. L'origine prématurée de l'artère radiale avait fait subir une diminution au tronc de l'artère humérale ; mais les veines humérales étaient régulièrement disposées ; elles offraient les dimensions ordinaires, de telle sorte que l'obstacle au retour du sang veineux a été aussi prononcé qu'il eût pu l'être en l'absence de toute anomalie artérielle.

Vous comprendrez aisément, messieurs, que les modifications de la circulation veineuse soient de nature à retentir jusque sur la circulation capillaire, et à exercer dès lors quelque influence sur les phénomènes de la nutrition. Ceci me conduit à vous entretenir de quelques détails de physiologie pathologique qui me paraissent dignes d'intérêt.

Vous vous souvenez sans doute qu'il y a un an environ, M. Chassaignac présenta à la Société le malade que M. Follin vous avait déjà montré sept ans auparavant et dont M. Charnal a depuis lors fait l'autopsie. Guidé par le souvenir d'une observation antérieure, j'examinai avec soin l'état du système pileux sur le membre affecté. A première vue, on pouvait croire que les poils de l'avant-bras ne présentaient rien que d'ordinaire; ils étaient passablement longs, mais ils l'étaient certainement moins qu'ils ne le sont naturellement chez beaucoup d'individus. Voilà pourquoi les personnes qui avaient jusqu'alors donné des soins à ce malade n'avaient fait aucune attention à une particularité fort curieuse. Ayant prié cet homme de me montrer son autre bras, je ne tardai pas à reconnaître que le système pileux, très peu développé chez lui, d'une manière générale, offrait dans la région brachiale une disposition identique à droite et à gauche, tandis que sur les avant-bras, au contraire, les poils étaient un peu plus gros, un peu plus colorés et notablement plus longs du côté malade que du côté sain. J'annonçai à la Société ce fait que plusieurs de mes collègues prirent la peine de vérifier. M. Henry a eu depuis lors l'occasion de voir ce même malade, et a reconnu également l'existence de l'hypertrophie des poils sur le membre atteint de phlébartérie. Je regrette que l'attention de M. Charnal n'ait pas été appelée sur ce point. Il eût été intéressant de profiter de l'autopsie pour étudier comparativement, sur les deux avant-bras, l'épaisseur du derme, le volume des follicules pileux et celui des autres glandes cutanées.

Quoique cette recherche n'ait pas été entreprise, le fait, nettement constaté par plusieurs personnes, conserve toute sa valeur.

Cette observation, messieurs, n'est pas la seule de ce genre que je possède. J'avais déjà eu l'occasion d'en recueillir une autre sur un malade blond, âgé d'environ trente-cinq ans, et atteint depuis dix ans de phlébartérie au bras droit. J'avais vu cet homme pour la première fois en 1844, à l'hôpital du Midi, pendant mon externat. Il racontait alors que trois ans auparavant, dans un hôpital militaire, il avait été saigné par un élève inexpérimenté qui lui avait ouvert l'artère humérale. Ce malade, entré pour une affection vénérienne, séjourna quelque temps dans le service de M. Ricord, et je profitai de la circonstance pour étudier à plusieurs reprises les symptômes de la varice anévrysmale, qui étaient très prononcés chez lui. Je ne fis alors aucune remarque sur l'état des poils. Mais sept ans plus tard, assistant par hasard à la consultation de Gerdy, à l'hôpital de la Charité, je revis cet homme qui venait demander avis pour une légère entorse. Il me reconnut, et je le priai de me montrer de nouveau son bras. La varice anévrysmale n'avait fait aucun progrès, et paraissait devoir rester définitivement stationnaire; il n'était survenu qu'un seul changement, dont je ne me serais pas aperçu si le malade n'eût pris soin lui-même de m'en avertir. Les poils de l'avant-bras étaient devenus plus gros, plus foncés et plus longs qu'ils ne l'étaient du côté opposé. La comparaison était d'autant plus facile à faire que le système pileux de cet homme était fort peu développé, et que l'avant-bras gauche paraissait presque entièrement glabre. La phlébartérie avait eu, à la longue, pour conséquence de faire hypertrophier les poils. Il y avait seulement deux ou trois ans que le malade s'en était aperçu. L'apparition de ce phénomène avait donc été assez tardive puisqu'elle ne s'était manifestée que sept ou huit ans après le début de la phlébartérie.

Dans le cas de MM. Follin, Chassaignac et Charnal, l'hypertrophie des poils n'a été reconnue qu'au commencement de 1856, près de dix ans après la formation de la varice anévrysmale. Il est probable qu'elle existait déjà depuis un certain temps ; mais le malade n'a pu me donner à cet égard aucun renseignement, puisqu'il ne se doutait même pas de l'existence de cette hypertrophie, sur laquelle j'ai le premier attiré son attention. Il est digne de remarque que chez lui les veines superficielles étaient intactes. La circulation de la peau était moins profondément troublée que dans les cas ordinaires, et cependant la nutrition de cette membrane avait subi une modification évidente.

Les deux cas qui précèdent sont les seuls où j'aie pu jusqu'ici constater l'hypertrophie des poils, que j'ai vainement cherchée sur plusieurs malades atteints de phlébartérie ; mais je dois dire que sur tous ces malades, à l'exception de deux, l'affection datait de moins de trois ans ; on ne peut donc rien en conclure relativement à un phénomène qui, par sa nature même, paraît devoir être toujours assez tardif. Mais cette fin de non-recevoir n'est pas applicable à deux autres malades qui étaient atteints depuis quatorze et seize ans de varice anévrysmale à la cuisse, et chez lesquels cependant le système pileux n'avait pris aucun accroissement anormal. Ainsi il est certain que l'hypertrophie des poils peut faire défaut, même lorsque la phlébartérie est très ancienne, et occupe des vaisseaux de premier ordre. Je ne puis dire jusqu'à quel point ce phénomène est fréquent; peut-être le hasard m'a-t-il présenté des cas exceptionnels. C'est ce que pourront nous apprendre les observations ultérieures.

J'ai eu l'occasion, il y a eu deux ans, de constater un fait de même ordre, mais bien plus curieux encore, sur un malade que j'ai étudié au mois de juillet 1853 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Giraldès, suppléant de M. Gerdy. La varice ané-

vrysmale était située à la cuisse. La circulation veineuse était fort gênée, et des varices volumineuses, compliquées d'œdème, occupaient tout le membre inférieur. La blessure des vaisseaux avait été produite, quatorze ans auparavant, par un coup de flèche qui avait piqué à la fois l'artère et la veine crurales à trois centimètres au-dessous du ligament de Fallope. Le blessé n'avait alors que quatorze ans, et par conséquent n'avait pas encore pris toute sa croissance. En apprenant cette circonstance, l'idée me vint de chercher si le développement du squelette n'avait pas été modifié par la présence de la phlébartérie. Je venais de terminer mes recherches sur le rachitisme, et tout ce qui pouvait jeter quelque jour sur les conditions capables d'agir sur le travail d'accroissement des os en longueur, offrait pour moi un intérêt tout spécial. Je dirigeai donc mon attention de ce côté. Le malade boîtait un peu, mais il croyait que cette claudication tenait à la faiblesse de la jambe malade et il était loin de soupçonner qu'elle fût due à l'inégalité des deux membres. La mensuration me prouva pourtant qu'il en était ainsi. Le membre malade avait 3 centimètres de longueur de plus que le membre opposé. Cet allongement portait sur le fémur pour 1 centimètre, et pour 2 centimètres sur le tibia. Le pied lui-même était allongé d'un demi-centimètre. Les os, au surplus, ne paraissaient pas plus gros que sur l'autre membre ; mais l'œdème et le gonflement variqueux ne permettaient pas d'acquérir à cet égard une entière certitude. M. Giraldès, à qui je fis part de ces circonstances singulières, vérifia aussitôt l'exactitude de mes mensurations. Le malade fut présenté quelques jours plus tard à la Société de chirurgie, et chacun de vous put voir que la phlébartérie, survenue plusieurs années avant la fin de la croissance, avait eu pour conséquence l'exagération de l'accroissement du squelette dans le membre affecté.

Les phénomènes que je viens de décrire n'ont peut-être qu'un

intérêt secondaire sous le rapport de la pathologie proprement dite, mais ils me semblent dignes de la plus sérieuse attention sous le point de vue physiologique. Je n'ai pas besoin de vous faire remarquer combien ils s'accordent peu avec les données qu'on a acceptées jusqu'ici. On croit généralement que la nutrition, loin d'être exagérée, est au contraire entravée dans les parties qui sont sous la dépendance d'une phlébartérie. La dérivation d'une portion du sang artériel, l'affaiblissement du pouls, que l'on constate souvent sur les artères placées plus bas, la sensation de froid qu'accusent la plupart des malades, enfin la diminution de la force du membre, phénomène constant qui semble annoncer l'existence d'une atrophie musculaire, telles sont les raisons qui ont fait admettre au nombre des effets de la communication artério-veineuse, une nutrition insuffisante, due elle-même à l'insuffisance de la circulation. *A priori* cette interprétation semble très satisfaisante ; il ne s'agit plus que de savoir si elle est confirmée par l'observation ; or, elle est déjà en désaccord avec les faits que je viens de vous soumettre, et il devient nécessaire d'examiner la valeur des arguments sur lesquels elle repose.

La circulation artérielle, dit-on, est affaiblie dans le membre, et il n'en peut être autrement, puisqu'une partie du sang revient au cœur sans avoir traversé les capillaires ; on ajoute comme complément de preuve que les battements du pouls sont diminués au-dessous de la lésion. Cette diminution existe en effet quelquefois d'une manière manifeste, mais elle fait souvent défaut, et il peut même arriver qu'elle fasse place à un phénomène inverse. Personne n'ignore, en effet, que peu de temps après la formation de la phlébartérie l'artère qui aboutit à la lésion commence à se dilater. Ce phénomène, qui dépend à la fois d'une cause mécanique et d'une cause vitale, est de nature à compenser la perte de sang rouge qui s'effectue à travers l'orifice artério-veineux. Si la com-

pensation s'établit exactement, la circulation artérielle n'est ni accrue, ni affaiblie ; si la dilatation de l'artère s'arrête au-dessous de cette limite, ou si elle s'élève au-dessus, l'activité de la circulation est diminuée ou augmentée. On comprend ainsi pourquoi la force du pouls est tantôt normale, tantôt modifiée en moins ou en plus. Vous n'avez pas oublié, sans doute, que sur un malade dont M. Huguier a publié l'observation dans nos *Bulletins*, les battements de l'artère poplitée avaient acquis une amplitude insolite au-dessous d'un anévrysme variqueux de la cuisse qui s'était formé, trois ans auparavant, par suite d'un coup de couteau (1). D'autres observateurs ont vu des faits analogues. L'argument tiré de l'état du pouls n'est donc pas, tant s'en faut, applicable à tous les cas, et l'on verra même tout à l'heure que les malades chez lesquels la force des pulsations est diminuée, peuvent présenter des phénomènes qui ne sont nullement en rapport avec cet affaiblissement du pouls.

Le second argument est moins solide encore que celui qui précède, car la sensation de froid et d'engourdissement que les malades éprouvent dans le membre affecté, ne prouve en aucune façon que la circulation soit insuffisante. On sait que dans beaucoup de cas pathologiques la sensation de froid coïncide avec une véritable élévation de température ; c'est ce qui a lieu dans la varice anévrysmale. Déjà, il y a six ans, à propos du malade présenté par M. Huguier, M. Demarquay vous a fait connaître le résultat de ses observations sur ce point. Trois fois, sur des membres inférieurs affectés d'anévrysme variqueux, il avait constaté, à l'aide du thermomètre, une élévation de température qui, dans un cas, s'élevait à 3 degrés et demi. A cette époque, M. Demarquay n'avait eu qu'une seule fois l'occasion d'étudier de la même manière l'anévrysme artério-veineux du membre supé-

(1) *Bulletins de la Société de chirurgie*, 16 avril 1851, t. II, p. 108.

rieur, et dans ce cas unique la température ne lui avait point paru modifiée. Cette question a été reprise l'année dernière par M. Henry, qui, sans avoir connaissance des recherches de M. Demarquay, a constaté l'existence d'une élévation locale de température chez quatre malades atteints d'anévrysme artério-veineux. Dans le premier cas, il s'agissait d'une communication anormale établie à la base du crâne entre la carotide interne du côté droit et le sinus caverneux correspondant; la région de l'œil était notablement plus chaude à droite qu'à gauche; mais la différence, très appréciable à la main, ne fut pas mesurée au thermomètre. Chez le second malade, la lésion occupait les vaisseaux fémoraux, et le thermomètre, appliqué successivement sur les deux mollets, révéla du côté affecté une élévation de température d'un degré et demi. Dans les deux derniers cas, l'anévrysme variqueux était situé au pli du coude; l'élévation de température était moins prononcée: sur l'un des malades elle était d'un degré, et sur l'autre d'un tiers de degré seulement. C'était bien peu sans doute, mais c'était la preuve du moins que la sensation de froid, accusée par les malades, était purement illusoire. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que celui de ces quatre malades chez lequel la chaleur s'était accrue d'un degré et demi présentait précisément une diminution notable dans la force des battements artériels au-dessous de la lésion. Il est permis d'en conclure qu'il n'y a point corrélation entre l'état du pouls et celui de la chaleur dans les membres affectés de phlébartérie.

Je ne veux pas conclure de ces faits que l'élévation de température soit la compagne inséparable de l'anévrysme artério-veineux. Il paraît qu'elle a fait défaut sur l'un des malades de M. Demarquay; mais il n'y a pas d'exemple, jusqu'ici, qu'elle ait été remplacée par un refroidissement véritable. Les auteurs qui ont parlé de ce refroidissement ont donc émis une pro-

position inexacte, et les conséquences qu'ils en ont tirées sont inexactes aussi.

Comment une phlébartérie peut-elle donner lieu à une augmentation de chaleur? La chose est facile à comprendre lorsque l'amplitude exagérée du pouls témoigne d'un accroissement de circulation. L'explication est déjà plus épineuse lorsque les pulsations sont normales; mais lorsqu'elles sont affaiblies, il semble au premier abord tout à fait impossible que la calorification puisse s'accroître dans un membre où l'activité de la circulation est certainement diminuée. Ce fait embarrassant n'est pourtant pas sans analogue. Il y a longtemps déjà que Hodgson et Forster ont vu la température du membre inférieur s'élever de 2, 3 et même de 4 degrés centigrades quelques heures après la ligature de l'artère fémorale (1). Cette augmentation de chaleur s'observe assez fréquemment; elle persiste ordinairement pendant plusieurs jours, quelquefois pendant deux ou trois semaines; puis, lorsque la circulation est suffisamment rétablie par les collatérales dilatées, la température redevient normale. Il est donc certain qu'un obstacle à la circulation artérielle peut donner lieu à l'accroissement local de la calorification; cela est dû, selon toute probabilité, à l'activité plus grande de la circulation dans les vaisseaux capillaires, qui sont temporairement dilatés par le sang auquel la ligature refuse passage (2). Dans la phlébartérie, les conditions diffèrent notablement des précédentes; c'est par un autre mécanisme que les vaisseaux capillaires sont congestionnés, mais cette congestion existe, et elle est *permanente*, puisque la circulation veineuse, ainsi qu'on l'a vu plus haut, est toujours beaucoup plus gênée que la circulation artérielle. Le sang, en d'autres termes, revient au cœur plus difficilement qu'il n'arrive aux extrémités, et telle

(1) Hodgson, *Maladies des artères*, trad. franç., t. I, p. 347-348. Paris, 1819, in-8.

(2) Voyez, pour plus de détails, mon *Traité des anévrysmes*, Paris, 1856, in-8, p. 484 à 487.

est sans doute la cause de l'élévation de température. On sait en effet que la chaleur animale, due aux actions chimiques qui se passent dans le sang, ne se produit pas seulement dans le poumon ; elle se produit principalement dans les capillaires généraux, où a lieu surtout la combustion organique qui transforme le sang rouge en sang noir. Je renvoie, pour plus de détails, à la thèse de M. Henry, qui a traité cette question de physiologie avec beaucoup de sagacité (1).

Ainsi, messieurs, c'est à tort qu'on a invoqué l'abaissement de température pour établir que la communication d'une artère avec une veine entrave localement la nutrition des parties. L'étude des conditions nouvelles au milieu desquelles la circulation s'effectue, et l'observation directe faite au moyen du thermomètre, loin de confirmer la doctrine que je combats, déposent au contraire contre elle. Reste un troisième argument, tiré de l'état des forces musculaires dans le membre affecté de phlébartérie.

Il est incontestable que chez la plupart des malades le membre est notablement affaibli. On en a conclu que les muscles devaient être atrophiés. Quelque naturelle que semble cette induction, elle est entièrement théorique, car personne jusqu'ici, à ma connaissance, n'a pris soin d'en vérifier l'exactitude par l'examen anatomique. A défaut d'autopsie, on peut avoir recours à la mensuration circulaire du membre. C'est ce qu'a fait M. Henry. Ce genre de recherches n'était pas possible sur le sujet de sa première observation, puisque la communication artério-veineuse était située à la base du crâne ; chez son dernier malade, la phlébartérie ne datait que de quelques mois ; la mensuration n'a d'ailleurs été faite qu'après la guérison. La circonférence de l'avant-bras était, il est vrai, augmentée d'un centimètre ; mais on avait exercé pendant plusieurs mois une

(1) Henry, *Thèse citée*, p. 40 à 44.

compression méthodique sur le pli du coude, et, quoique l'œdème parût entièrement dissipé, il y avait lieu de se demander si l'augmentation de volume était due à la phlébartérie ou au traitement qui en avait amené la guérison. Le sujet de la deuxième observation avait une varice anévrysmale de la cuisse, produite, seize ans auparavant, par un coup de fusil chargé à plomb. La circonférence du membre, mesurée à diverses hauteurs, était accrue de deux à trois centimètres; mais il y avait des varices volumineuses auxquelles on pouvait en totalité ou en partie attribuer ce résultat. Dans la troisième observation enfin les conditions étaient plus favorables. La phlébartérie datait de dix ans, et occupait le pli du coude; on n'avait fait aucun traitement; les veines profondes communiquaient seules avec l'artère humérale; il n'y avait point de varices apparentes, et l'on n'apercevait aucune trace d'œdème. Or, la circonférence du bras était identique à droite et à gauche; mais celle de l'avant-bras malade était accrue d'un centimètre, quoique la force de ce membre fût notablement diminuée.

Je ne veux pas donner à ce fait une signification exagérée; je n'en veux pas conclure qu'il y ait habituellement, ni même qu'il y eût dans ce cas particulier un travail d'hypertrophie portant soit sur les muscles, soit sur les autres tissus. Un œdème uniforme des parties molles, trop peu prononcé pour être directement appréciable, aurait pu, à la rigueur, être invoqué pour rendre compte de l'accroissement de volume : ce serait, il est vrai, une fin de non-recevoir tant soit peu subtile; hypothèse pour hypothèse, je préférerais invoquer une hypertrophie probable, plutôt que cet œdème improbable. Mais je dois reconnaître que la mensuration ne constitue pas une démonstration suffisante. L'anatomie pathologique seule aurait le droit de faire sur ce point une réponse définitive, et je regrette vivement que M. Charnal, qui a disséqué l'avant-bras de ce dernier malade,

ait négligé d'étudier comparativement sur les deux membres le volume des muscles et du squelette, l'épaisseur de la peau et celle du tissu cellulaire sous-cutané. Je suis bien loin, d'ailleurs, de songer à lui en faire un reproche, puisque la même lacune existe dans les autopsies faites par ses prédécesseurs. En tous cas, on peut dire dès aujourd'hui qu'aucune observation directe, qu'aucune raison théorique ne vient confirmer l'opinion de ceux qui considèrent la varice anévrysmale comme une cause d'atrophie ; on peut ajouter que plusieurs observations bien positives ont démontré au contraire l'existence d'un travail d'hypertrophie dans le système pileux et dans le système osseux, et il devient ainsi assez probable que les autres tissus subissent une influence analogue.

Quant à la diminution de la force musculaire, elle dépend sans doute de troubles d'innervation analogues à ceux qui font naître dans le membre affecté de l'engourdissement, une sensation de froid illusoire, des douleurs et même des crampes. Peut-être faut-il en accuser la congestion des capillaires propres des cordons nerveux?

Quelques mots encore sur le phénomène de l'hypertrophie du système pileux. Il peut paraître étrange que les poils, organes privés de vaisseaux, soient influencés dans leur nutrition par les troubles circulatoires. Mais les tissus non vasculaires vivent aux dépens des sucs que leur cèdent les tissus vasculaires adjacents, et dès lors il est naturel que la congestion des capillaires de la peau puisse finir à la longue par donner au système pileux une nutrition exagérée. C'est ce que l'expérience, d'ailleurs, a démontré bien des fois. Il est très commun de trouver les poils hypertrophiés autour des vieux ulcères chroniques et autour des trajets fistuleux qui aboutissent à un os superficiel malade depuis plusieurs années. La congestion permanente de la peau entretenue par l'inflammation du squelette subjacent est la cause de

ce phénomène, et l'on vient de voir que la phlébartérie fait naître des conditions analogues. Une semblable influence s'exerce sur les couches cartilagineuses sous-épiphysaires qui font les frais de l'accroissement des os en longueur. Plusieurs pièces que j'ai présentées depuis 1851 à la Société anatomique et à la Société de biologie ont prouvé que chez les jeunes enfants certaines tumeurs blanches ont pour résultat d'accélérer et d'activer le travail d'ossification des épiphyses. Par suite de l'état de congestion que l'inflammation chonique des synoviales fait naître dans les vaisseaux du périchondre et du cartilage épiphysaire, certains points d'ossification peuvent paraître plusieurs années avant le terme fixé par la nature, et quelquefois même on voit naître dans la masse cartilagineuse des points d'ossification supplémentaires. On conçoit dès lors que la congestion entretenue par la présence d'une phlébartérie puisse activer ou exagérer la croissance du quelette.

Je dois m'excuser, messieurs, d'avoir abusé aussi longtemps de votre attention en étudiant des phénomènes qui sont plus intéressants pour les physiologistes que pour les chirurgiens, et qui jusqu'ici paraissent peu susceptibles de recevoir des applications pratiques. Mais toutes les parties de la science médicale se donnent la main, et telle vérité qui paraît aujourd'hui stérile sera peut-être utilisée plus tard. La Société de chirurgie, d'ailleurs, attache trop d'importance aux questions de physiologie pathologique, pour que je puisse craindre d'être sorti de la sphère naturelle de ses travaux.

MÉMOIRE

SUR

L'ANUS CONTRE NATURE,

Par le docteur LEGENDRE,
Prosecteur des hôpitaux.

Le but de ce mémoire n'est pas de présenter une histoire complète de l'anus contre nature; je ne pourrais faire mieux que de copier les beaux travaux de Scarpa et de Dupuytren sur ce sujet. Je me propose seulement d'étudier quelques points relatifs au mécanisme de la guérison spontanée et à l'anatomie pathologique de cette affection; en second lieu, d'essayer de démontrer la possibilité de sa cure radicale par un procédé récemment employé avec succès, basé sur les principes de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, et résultant de la combinaison des différents procédés employés jusqu'à ce jour.

Cette question de traitement et de la cure radicale des anus contre nature offre beaucoup d'intérêt, si l'on en juge par l'opiniâtreté avec laquelle les chirurgiens ont cherché à combattre cette affection. Les difficultés qu'ils ont eues à obtenir des guérisons complètes ont donné naissance à cette multitude de procédés dont quelques-uns seulement sont restés acquis à la science: ainsi je placerai en première ligne, l'entérotomie de Dupuytren, et l'entéroraphie par adossement des surfaces séreuses de M. Jobert (de Lamballe). Récemment un nouveau procédé a été employé par MM. Malgaigne, Nélaton et Denonvilliers pour la

cure radicale de l'anus contre nature. L'importance de cette opération et les résultats heureux qui en ont été la conséquence m'ont engagé à étudier l'anus contre nature à ce point de vue, et à y rattacher toutes les indications que l'anatomie pathologique pourrait me fournir. Si j'ai agité dans ce travail la question du traitement et de la cure radicale de l'anus contre nature par un nouveau procédé, ce n'est pas que je prétende laisser de côté tous ceux qui ont été employés par les chirurgiens : je sais que très souvent ils ont amené la guérison de l'anus contre nature; mais l'opération que je décris m'a peut-être séduit par ses avantages et les indications précises que l'anatomie et la physiologie pathologiques semblent apporter en sa faveur. Je suis loin aussi de la proposer comme le seul traitement applicable, et comme étant sans danger; la gravité des opérations qui se pratiquent sur le tube intestinal est telle, qu'elles ne doivent être faites que lorsque tous les moyens les plus simples ont échoué, ou lorsque la nature n'est plus assez puissante pour amener une guérison durable. Dans ce cas il faut tenter une opération, et celle que je discute dans ce travail me semble renfermer des éléments de succès puisés dans les principes qui l'ont dirigée.

Dans le but d'assister à la formation de l'anus contre nature et de chercher à saisir, en suivant la marche de cette affection, les indications à son traitement, j'ai fait quelques expériences sur les animaux. Ces expérimentations m'ont entraîné vers l'étude de la physiologie pathologique de l'anus contre nature : le mécanisme de sa guérison spontanée si bien décrit dans les beaux travaux de Scarpa a été le sujet de mes recherches. Dans cette partie de mon travail si j'ai émis quelques principes théoriques qui sont en opposition avec ceux qui sont admis par beaucoup de chirurgiens modernes, j'ai cherché à les démontrer en m'appuyant sur les faits d'anatomie pathologique d'anus contre nature récents ou guéris spontanément que j'avais recueillis

dans les hôpitaux, et sur les faits qui m'ont été fournis par l'expérience directe sur les animaux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'anus contre nature accidentel est le plus souvent le résultat de la terminaison par gangrène d'une hernie étranglée, ou d'une plaie des intestins à travers les parois abdominales. Nous aurons presque toujours en vue dans ce travail, l'anus contre nature siégeant à la région crurale ou à la région inguinale, à cause de sa plus grande fréquence.

Des adhérences de l'intestin.

Ces adhérences se font entre la surface péritonéale de l'intestin et celle de la paroi abdominale avec une grande rapidité. Tous les auteurs ont mentionné cette prévoyance de la nature pour empêcher les épanchements de matières stercorales dans l'abdomen. Leur formation se rattache à la guérison de l'anus contre nature : elles suivent en effet une marche croissante et subissent des transformations qu'il est important d'examiner pour comprendre le rôle qu'elles jouent dans le mécanisme de la guérison spontanée de cette affection. Si l'on étudie comment se forment ces adhérences, voici ce qu'on observe dans l'anus contre nature artificiel.

Chez un chien qui avait succombé trente-six heures après cette opération, j'ai trouvé les deux bouts de l'intestin accolés à une portion de l'épiploon et adhérents au pourtour de la plaie du côté de la cavité abdominale, par une multitude de fibrilles résistant à une certaine traction qui étaient le commencement des adhérences destinées à isoler plus tard complétement l'intestin de la cavité péritonéale. J'ai retrouvé cette disposition, parfaitement rendue dans l'atlas de Scarpa, planche VI, fig. 4. Dans

ce cas, elles unissaient l'intestin au fond d'un sac herniaire; Scarpa les regarde comme formant une petite membrane mince et transparente qui ne présentait plus qu'une rangée de petites brides filamenteuses lorsqu'on tirait légèrement en haut l'intestin. Un exemple de cette rapidité de la formation des adhérences dans l'anus contre nature est cet autre fait rapporté par Scarpa: ayant constaté au moment de l'opération que l'intestin gangrené n'avait pas la plus légère adhérence avec le col du sac herniaire, il trouva au bout de vingt-quatre heures les orifices de l'intestin adhérents dans toute leur circonférence (1).

Ces adhérences deviennent plus solides à mesure qu'on s'éloigne du moment où elles ont débuté.

Ainsi, sur un chien que j'ai sacrifié au neuvième jour de l'opération, les adhérences étaient complètes au pourtour de la plaie et résistantes.

Chez un autre chien que j'ai sacrifié vingt-deux jours après l'opération, l'intestin était complétement adhérent au niveau de la plaie, au moyen d'un tissu fibreux très résistant.

Ces adhérences s'étendent de proche en proche, et au péritoine et à l'intestin quand l'inflammation est vive. C'est surtout dans les anus contre nature résultant de plaies de la paroi abdominale qu'elles sont le plus étendues. Dans ce cas, elles se font et à la face interne du péritoine et à la face externe de la plaie, et cette étendue devient considérable par suite du recoquillement de l'intestin enflammé dans cette plaie : de plus, cette étendue des adhérences est un gage certain contre les épanchements abdominaux.

Voici ce que j'ai observé à ce sujet.

Sur un chien tué vingt-deux jours après une opération d'anus artificiel, on pouvait mesurer 2 centimètres entre les deux points

(1) Scarpa, *Traité pratique des hernies*, traduit par Cayol, 1825, p. 268.

extrêmes d'adhérence du bout inférieur. Le bout supérieur offrait des adhérences dans une étendue de 5 centimètres et demi.

Sur un autre chien sacrifié neuf jours après cette même opération, les adhérences s'étendaient sur l'intestin jusqu'à l'ouverture extérieure dans une étendue de 4 cèntimètres.

Ce point d'étude est important à cause de ses considérations pratiques. J'ai déjà indiqué la valeur de ces adhérences pour prévenir les épanchements de matières fécales dans l'abdomen, de plus elles démontrent qu'on pourrait tenter une opération sur l'intestin avec une certaine assurance de ne pas léser le péritoine.

Mais les phénomènes ne se passent plus de même dans une hernie, lorsqu'elle vient à s'étrangler et à amener la gangrène d'une portion de l'intestin : dans ce cas, le péritoine qui forme le sac herniaire s'enflamme, contracte des adhérences avec l'intestin, le plus souvent seulement au niveau de l'anneau; c'est ce que démontrent les nombreuses observations de hernies étranglées terminées par gangrène qui se trouvent dans les auteurs, et dont j'ai observé aussi quelques cas. Dans l'anus contre nature, suite de hernie, les chances seraient plus grandes pour l'épanchement des matières fécales dans l'abdomen, si l'inflammation adhésive ne déterminait des adhérences bien avant que la gangrène menaçât de perforer la cavité intestinale. Ainsi, dans cette forme, on ne trouve le plus ordinairement qu'un seul anneau d'adhérences autour de l'intestin au niveau du collet du sac. Dans l'anus contre nature, suite de plaie de l'intestin et de la paroi abdominale, on trouve deux anneaux d'adhérences autour de l'intestin, l'un au niveau de la blessure du péritoine, l'autre au niveau de la plaie extérieure, et de plus les parties sont réunies entre ces deux points.

Il faut signaler aussi les cas dans lesquels ces adhérences avec l'anneau n'existent pas. Cette absence est un obstacle à la gué-

rison spontanée de l'anus contre nature. On n'a encore indiqué aucune cause à cet obstacle, dont la connaissance aurait une certaine importance pour le pronostic et le traitement. Chez une femme qui avait une hernie crurale avec gangrène de l'intestin, la mort étant survenue deux jours après l'opération, j'ai trouvé les deux bouts de l'intestin n'ayant contracté aucune adhérence avec le pourtour de l'anneau.

On trouve dans les auteurs plusieurs exemples de cette absence d'adhérences entre l'intestin et l'anneau, seulement pendant les premiers temps de l'établissement de l'anus contre nature.

Il se passe aussi dans les parties voisines des phénomènes à peu près analogues à ceux que nous avons décrits précédemment : je veux parler de l'extension de l'inflammation adhésive aux autres portions de l'intestin et au péritoine. Cette inflammation adhésive mérite d'être étudiée avec soin, à cause du rôle important qu'elle joue dans le mécanisme de la guérison spontanée de l'anus contre nature que nous étudierons plus loin.

Limitée d'abord au pourtour de l'anneau, l'inflammation adhésive s'étend au péritoine voisin, soit à celui de l'intestin, soit à celui de la paroi abdominale, elle détermine des adhérences entre ces organes ; on voit ainsi une ou plusieurs anses intestinales venir se placer autour des deux bouts de l'intestin, et adhérer à la paroi abdominale, formant une espèce de soutien aux deux bouts de l'intestin auxquels les anses sont en outre adhérentes. A mesure qu'on s'éloigne du moment de la formation de l'anus contre nature, ces adhérences deviennent plus résistantes, et on les voit persister après la guérison spontanée de cette affection. Cette réunion des anses intestinales voisines n'est pas toujours mentionnée par les auteurs, cependant je les ai rencontrées bien caractérisées chez plusieurs malades atteints d'anus contre nature anciens.

Chez un homme, dont j'ai préparé la pièce d'anus contre na-

ture, suite d'une hernie inguinale étranglée, la guérison datait de cinq ans et demi. La réunion des deux bouts de l'intestin se faisait à cette partie du péritoine qui se jette sur la face supérieure de la vessie ; cette union fibreuse était prolongée en arrière par l'adossement à cette cicatrice de quatre anses intestinales. Ces adhérences nombreuses avaient forcé l'intestin à se recourber un grand nombre de fois sur lui-même dans ce petit espace. (Planche I.)

Chez une femme, dont l'anus contre nature était guéri depuis deux ans et demi, j'ai constaté qu'il y avait trois anses d'intestin adhérentes, et fortement contournées sur elles-mêmes en arrière des deux bouts réunis de l'intestin. (Planche II.) Ces deux pièces d'anus contre nature préparées et desséchées avec soin pour montrer la disposition qu'affectent alors les intestins, les rapports qu'ils contractent avec le péritoine, et les modifications qu'ils subissent dans leur forme étaient conservées dans le cabinet de Philippe Boyer, dans le service duquel je les avais recueillies.

Littre (1) a observé sur l'homme cette adhérence des anses intestinales voisines, Astley Cooper et Travers l'ont rencontrée dans leurs expériences sur les animaux.

Quant aux adhérences des deux bouts de l'intestin à la paroi abdominale, elles existent toujours même longtemps après la guérison de l'anus contre nature, elles prennent alors l'apparence d'un repli fibreux. Je les ai rencontrées dans les deux pièces que j'ai décrites plus haut avec détail, je les retrouve dans les observations peu nombreuses dans lesquelles les auteurs ont noté ce fait : ainsi dans l'observation que renferme la LXVI[e] dissertation chirurgicale de Haller, dans celle de Pipelet avec le dessin qu'il nous a transmis, et le cas d'Amyand, cité par Pipelet (2).

(1) *Mémoires de l'Académie des sciences.* 1705.

(2) Pipelet l'aîné, *Mémoires de l'Académie de chirurgie,* t. IV. — *Mémoire sur la réunion de l'intestin dans les hernies avec gangrène.*

Enfin, j'ai rencontré sur une femme qui avait un anus contre nature guéri depuis vingt ans, une variété d'adhérence toute particulière : l'intestin grêle s'enfonçait dans le canal crural, et se continuait avec une espèce de cul-de-sac adhérent de toutes parts, qui permettait le passage libre des matières.

Dans l'anus contre nature guéri depuis plusieurs années, l'intestin peut-il redevenir libre et flottant dans le ventre, au lieu d'être attaché aux parois de l'abdomen? Il est difficile d'admettre ce résultat malgré l'immense autorité de Dupuytren, qui donne ce fait comme le résultat de ses dissections; on n'en trouve aucun exemple dans les auteurs. Plus loin, en étudiant avec soin le cordon fibro-celluleux qui est le vestige des adhérences de l'intestin aux parois abdominales, Dupuytren insiste sur cette adhérence qui a lieu non point à l'anneau fibreux, comme on l'a cru longtemps, mais à la portion du péritoine qui le revêt, et il lui donne une longueur variable de quelques pouces. D'après cette appréciation, il résulte en effet que l'intestin doit jouir d'une certaine mobilité dans l'abdomen. Mais la longueur de ce ligament fibreux sera bien moindre, si l'on admet qu'il s'étend depuis le point de réunion des deux bouts de l'intestin jusqu'à la peau du pli de l'aine. Ce repli fibreux est le vestige de l'infundibulum, de l'entonnoir membraneux qui forme, comme Scarpa l'a si bien démontré, un vestibule aux matières fécales à mesure que les deux bouts de l'intestin s'éloignent de l'orifice de la plaie pour rentrer dans l'abdomen. Or, cette bride fibreuse pourra bien au bout d'un temps très long, tiraillée par les mouvements de l'intestin, s'allonger un peu, mais en entraînant toujours avec elle le péritoine auquel elle adhère au niveau de la réunion des deux bouts de l'intestin. Scarpa montre parfaitement dans ses planches cette rétraction simultanée du péritoine avec l'intestin auquel il adhère. On ne pourra donc admettre que ce cordon fibro-celluleux ait pu s'allonger assez pour envelopper une

anse intestinale et amener un étranglement interne; la difficulté de la circulation des matières fécales au niveau du point de réunion si rétréci des deux intestins, rend mieux compte de ce grave accident. Sur les pièces d'anus contre nature guéris que j'ai préparées, voici ce que j'ai observé pour la mesure de cette bride fibro-celluleuse.

Sur un homme qui succomba trois ans après la guérison complète de son anus contre nature, la peau du pli de l'aine présentait, au niveau du canal inguinal, un enfoncement, dont le sommet donnait naissance à un pédicule fibreux résistant qui, après avoir traversé le tissu cellulaire, la paroi musculaire de l'abdomen, adhérait au péritoine et aux anses intestinales qui venaient se réunir en ce point. (Planche I.)

Sur une femme atteinte d'un anus contre nature suite de hernie crurale, et dont la guérison dura deux ans et demi, j'ai trouvé le cordon fibreux déterminant aussi un enfoncement de la peau, et se rendant au péritoine auquel les intestins étaient immédiatement accolés. (Planche II.)

Pipelet fait cette remarque à la fin de son observation : l'intestin, qui dans l'ordre naturel est une partie flottante, se trouve fixé dans un point de sa circonférence, et à cet égard il est dans un état contre nature; état inévitable à la vérité, mais qui n'en est pas moins réel (1).

Le cas le plus remarquable pour montrer cette fixation de l'intestin, est celui d'une femme guérie depuis vingt ans d'une hernie étranglée du côté gauche avec gangrène par Dupuytren. En 1846, cette femme vint mourir dans le service de Blandin d'une hernie crurale gangrenée du côté droit : à l'autopsie, je trouvai l'intestin grêle fixé dans l'anneau crural gauche par ses anciennes adhérences, puis en examinant la hernie du côté droit,

(1) Pipelet l'aîné, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. IV. — *Mémoire sur la réunion de l'intestin dans les hernies avec gangrène.*

je fus étonné de la trouver formée par la même anse d'intestin grêle qui, étendue derrière la symphyse des pubis, faisait hernie dans chaque anneau crural.

Cette bride fibreuse, indice de la guérison complète de l'anus contre nature, peut donc dans certains cas, en maintenant l'intestin dans une position assez fixe, ramener ou plutôt diriger la même portion du tube intestinal dans une hernie, si les adhérences n'ont pas oblitéré complétement le canal qui leur avait livré passage la première fois.

Dupuytren a indiqué cette persistance du sac herniaire dans l'anus contre nature, et il en donne un exemple remarquable; la nouvelle hernie qui se forme alors siége le plus ordinairement en dedans.

Chez une femme qui avait été guérie d'un anus contre nature du côté gauche, il y a vingt ans, par Dupuytren, j'ai trouvé à l'autopsie, faite en 1846, que le canal crural de ce côté permettait, malgré l'adhérence de l'intestin, de faire entrer une nouvelle anse dans sa cavité; la nouvelle hernie avait un sac commun avec la portion de l'intestin adhérente dans l'anneau.

Ainsi, dans l'anus contre nature l'intestin adhère aux parois péritonéales, et cette adhérence persiste après la guérison. Platner, en parlant des plaies des intestins, a dit: *pars vulnerata jungitur aliis quæ prope sunt cum quibus media cicatrice concrescit.* J'ajouterai que plus ces adhérences sont étendues, plus le malade a de chances pour voir guérir son anus contre nature; c'est ce que nous discuterons à propos du mécanisme de la guérison spontanée.

Des adhérences de l'épiploon.

Les replis du péritoine, l'épiploon, le mésentère, se trouvent souvent compris dans la hernie, et présentent certaines altérations consécutives dans l'anus contre nature.

Toutes les fois que l'épiploon s'accole à l'intestin dans une hernie gangrenée, il contracte des adhérences avec les parties voisines sous l'influence de l'inflammation adhésive; ces adhérences se font et au pourtour de l'anneau et avec la tunique externe de l'intestin.

J'ai décrit plus haut un exemple de ces adhérences chez un chien qui succomba trente-six heures après une opération d'anus artificiel, l'épiploon était adhérent au moyen de petites fibrilles assez résistantes.

Chez une femme atteinte d'une hernie crurale entéro-épiploïque et opérée trois jours après le début de l'étranglement, on trouva l'épiploon adhérent au collet du sac, et à l'autopsie, la malade ayant succombé trente-six heures après l'opération, j'ai trouvé ce repli du péritoine soulevé et tendu par la masse intestinale distendue, et formant à la partie inférieure une bride qui aboutissait à l'anneau au pourtour duquel elle était adhérente.

Dans la pièce que j'ai préparée d'un anus contre nature guéri depuis cinq ans et demi, j'ai dessiné l'épiploon avec ses adhérences au niveau de la réunion des deux bouts de l'intestin. (Planche I.)

Cette membrane enveloppe souvent l'intestin d'une manière complète : j'ai observé cette disposition sur des anus contre nature artificiels établis sur des chiens.

Sur un chien qui succomba trente-six heures après l'opération, le grand épiploon et le mésentère enveloppaient complétement les deux bouts de l'intestin à son passage dans la plaie, et les adhérences qui se jetaient sur l'anneau naissaient de cette portion de l'épiploon.

Travers a observé la même disposition. Cayol l'a rencontrée dans une hernie scrotale : l'épiploon adhérent au fond du sac formait la paroi de l'intestin dans le point où la gangrène

l'avait perforé (1). Chez un malade de M. Jobert les adhérences de ce repli péritonéal avec l'intestin gangrené s'étaient faites dans la cavité abdominale (2).

En outre, l'épiploon présente des altérations dans toute cette portion de son tissu qui est adhérente. On y trouve des brides, des nodosités qui le rendent plus dense et qui lui donnent l'apparence d'un cordon résistant et pouvant supporter une certaine traction.

Dans tous les cas que j'ai observés, et dans les faits de hernies entéro-épiploïques gangrenées signalés par les auteurs, jamais je n'ai trouvé d'altérations de l'épiploon sous forme de brides, de nodosités au-dessus des adhérences de cette portion du péritoine avec l'intestin, soit au début, soit même à une époque assez éloignée de l'établissement de l'anus contre nature.

Sur le malade dont j'ai représenté la pièce, l'épiploon formait au niveau de la réunion des deux bouts de l'intestin une espèce de corde tendue, d'environ 5 centimètres de long; plus haut il reprenait son apparence normale et sa disposition en cul-de-sac; la guérison de l'anus contre nature datait de cinq ans et demi. (Planche I.)

Chez une femme le grand épiploon était parfaitement sain dans l'intérieur de l'abdomen, il était soulevé par la masse intestinale enflammée; en ouvrant le sac dans toute son étendue, je constatai qu'il contenait encore l'extrémité de l'épiploon adhérent ramassé sur lui-même en un cordon noir friable : l'anus contre nature datait de trente-six heures seulement.

Du mésentère.

Les altérations du mésentère sont tout à fait semblables à celles que nous venons d'étudier dans l'autre repli du péritoine.

(1) SCARPA, *Traité des hernies*, traduit par Cayol, p. 421.

(2) JOBERT (DE LAMBALLE), *Traité des maladies chirurgicales du canal intestinal*, t. I, p. 63.

Toutes les fois que le mésentère a été détruit en partie dans la gangrène de l'intestin, il contracte des adhérences soit avec les parties voisines de l'intestin, soit avec l'anneau.

Toute la portion adhérente de ce repli péritonéal présente plus tard des altérations dans son tissu, modifications que je n'ai jamais rencontrées dans la portion restée libre dans l'abdomen.

Le mésentère offre aussi dans quelques cas une certaine tension entre la colonne vertébrale et son point d'adhérence à l'intestin : nous ne faisons que mentionner ce phénomène que nous discuterons avec beaucoup de détails en étudiant le rôle du mésentère dans le mécanisme de la guérison spontanée de l'anus contre nature.

Des modifications que subissent les tuniques de l'intestin dans l'anus contre nature.

Lorsque les deux bouts de l'intestin ont contracté des adhérences au pourtour de l'anneau, l'inflammation qui se propage à leur tissu détermine des changements dans leur nutrition et dans leurs propriétés de tissu. Les auteurs n'ont presque rien dit sur ce point, et les conséquences pratiques que nous en tirerons pour le mécanisme de la guérison de l'anus contre nature et son traitement m'ont engagé à étudier ces modifications.

A. Key, dans les notes au mémoire d'Astley Cooper sur les hernies, a étudié les altérations que l'intestin subit par suite de la constriction à laquelle il est soumis. Il admet trois états : le premier de congestion simple, le dernier précédant immédiatement la gangrène. Entre ces deux extrêmes est un état intermédiaire qu'il caractérise ainsi : infiltration de sérosité dans les parois de l'intestin, les tuniques intestinales semblent épaissies et denses, et les fibres de la tunique musculeuse sont distinctes et élargies d'une manière extraordinaire (1).

(1) ASTON KEY, *Note in œuvres chirurgicales d'Astley Cooper*, traduction Chassaignac et Richelot, p. 257.

Meckel indique seulement l'augmentation de la membrane musculeuse dans une portion herniée d'intestin (1).

Lecat avait constaté chez un malade l'épaississement des membranes sur le bout inférieur invaginé d'un anus contre nature (2).

La plupart des auteurs indiquent seulement les différences qui sont survenues entre les deux bouts de l'intestin par suite du passage des matières alimentaires dans le bout supérieur et de leur absence dans le bout inférieur, phénomènes qui ont amené une différence qui porte sur leur nutrition.

Voici ce que nous avons observé sur des anus artificiels : la membrane séreuse de l'intestin était adhérente à elle-même; cette adhérence déterminait le renversement du bout de l'intestin et partant la saillie de la membrane muqueuse : dans certains cas ces adhérences semblaient progresser et augmenter, je les ai vues atteindre une longueur de un centimètre et demi sur des chiens dont l'intestin avait été attiré hors de l'abdomen. Dans la hernie avec gangrène les adhérences qui se font entre l'intestin et les parois du sac empêchent ce renversement au début de l'anus contre nature. La membrane musculeuse nous a aussi présenté des altérations importantes.

Sur un chien qui succomba trente-six heures après l'opération, et chez lequel deux anses intestinales avaient fait hernie sous la peau, les tuniques étaient enflammées, en coupant circulairement l'intestin ses parois restaient béantes comme celles des artères, phénomène que l'on observe dans les organes dont les tuniques sont enflammées. Si l'on exerçait des tractions sur cette portion d'intestin enflammée, il fallait employer assez de force pour produire un allongement résultant de la déchirure des tuniques séreuse et musculeuse dans plusieurs points. En exerçant

(1) MECKEL, *Manuel d'anatomie*, trad. Jourdan et Breschet, t. III, p. 437.

(2) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, in-8°, t. V, p. 407.

des tractions même très fortes sur la portion de l'intestin renfermé dans l'abdomen et qui n'était nullement enflammée, on n'obtenait rien de semblable.

Sur un second chien que j'ai tué neuf jours après lui avoir pratiqué un anus artificiel, j'ai trouvé la tunique musculeuse hypertrophiée, se laissant déchirer avec une grande facilité ainsi que la membrane séreuse qui recouvrait les deux bouts de l'intestin dans leur portion adhérente longue de 4 centimètres. Dans la portion normale de l'intestin on ne pouvait produire le même phénomène de déchirure de la membrane musculeuse même en tirant fortement. Dans toute sa portion adhérente, l'intestin offrait une rougeur qui tranchait avec la couleur normale des autres portions.

Sur un troisième chien que j'ai tué vingt-deux jours après lui avoir pratiqué un anus artificiel, j'ai constaté le phénomène suivant : en tirant sur les deux bouts de l'intestin adhérent dans la plaie, on déterminait un allongement assez considérable du canal sans lui faire abandonner les adhérences inférieures. Cet allongement pour la portion d'intestin contenue dans la plaie était de 2 centimètres pour le bout inférieur et atteignait 5 centimètres et demi pour le bout supérieur. Lorsqu'on examinait l'intestin après cet allongement, on voyait que la tunique musculeuse avait été détachée avec la tunique séreuse qui adhère au pourtour de l'anneau et que les deux autres tuniques avaient glissé dans cette espèce de fourreau. De plus la membrane musculeuse se laissait déchirer avec facilité sous l'influence de faibles tractions, elle était hypertrophiée, ses fibres musculaires étaient facilement appréciables à la vue, on enlevait des lambeaux circulaires recouvrant les trois quarts de la circonférence de l'intestin et ayant environ 5 millimètres de largeur.

Ces altérations de l'intestin ont été observées aussi àla suite de la gangrène de l'intestin hernié.

Chez une femme atteinte d'une hernie crurale et opérée vingt-quatre heures après le début de l'étranglement, Blandin trouva les tuniques de l'intestin infiltrées et fut conduit à l'ouvrir; il nous fit remarquer après cette incision que les parois de l'intestin ressemblaient à celles des artères, c'est-à-dire qu'elles n'étaient plus souples ni molles.

Nous avons observé aussi l'hypertrophie de la tunique musculeuse de l'intestin sur l'homme.

Chez une malade qui portait un anus contre nature depuis cinq mois, M. Denonvilliers pour guérir cette affection pratiqua l'opération suivante : ayant disséqué le pourtour de l'orifice cutané, il introduisit le doigt dans l'intestin et disséqua celui-ci à l'entour jusqu'à environ un centimètre de profondeur : alors, en exerçant de légères tractions, l'opérateur sentit tout à coup l'intestin descendre à l'extérieur en se retournant, et l'inspection des parties lui montra qu'il venait de décoller la membrane musculeuse dont on pouvait apercevoir les fibres; il continua ainsi cette dissection fine en dédolant et en tiraillant l'intestin à peu près dans une nouvelle étendue de deux centimètres.

Ainsi dans l'anus contre nature, même après un temps assez long, les deux bouts de l'intestin offrent les altérations suivantes dans leurs tuniques, dans toute la portion adhérente au trajet anormal : rougeur de la membrane séreuse qui se laisse déchirer avec la plus grande facilité; la membrane musculeuse est hypertrophiée, cassante, se laissant déchirer par la moindre traction, abandonnant la membrane fibro-muqueuse à laquelle elle adhère alors d'une manière très lâche : l'union de la séreuse intestinale à la séreuse pariétale du pourtour de l'anneau étant plus résistante, permet d'invaginer une portion de la tunique fibro-muqueuse revêtue encore de quelques fibres musculaires, dans les deux tuniques externes fixées au pourtour de l'anneau. Cette altération des tuniques persiste-t-elle long-

temps après l'établissement de l'anus contre nature soit artificiel, soit à la suite de la gangrène de l'intestin? C'est un point intéressant pour le traitement que nous mentionnons seulement dans cette étude de l'anatomie pathologique des anus contre nature et qui demande de nouvelles observations. Dans les faits que nous avons observés, cette altération de la membrane musculeuse était peu marquée au deuxième jour ; elle était manifeste vers le neuvième jour, mais l'hypertrophie n'était pas encore bien considérable. Au vingt-deuxième jour, on a observé tous les caractères de cette altération ; les adhérences des tuniques externes étaient assez résistantes pour permettre l'invagination des tuniques internes. Enfin on a constaté les mêmes phénomènes cinq mois après l'établissement de l'anus contre nature, hypertrophie de la tunique musculeuse, adhérences solides de la tunique externe au pourtour de l'anneau, invagination facile et assez étendue des deux tuniques internes dans les tuniques extérieures de l'intestin par suite de la déchirure incomplète des fibres musculaires.

Tous les phénomènes que nous venons de décrire sont le résultat de l'inflammation des différents organes que nous venons de parcourir. Toutes les modifications qu'elle amène dans leurs tissus et dans les parties environnantes tendent à produire la guérison de l'affection que nous étudions, et cette étude préalable nous conduit maintenant à rechercher le mécanisme suivant lequel cette guérison s'opère.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Du mécanisme de la guérison spontanée de l'anus contre nature.

Dans la guérison spontanée de l'anus contre nature, nous avons à étudier le rôle que joue chacune des parties qui le constituent, puis l'ensemble de ces phénomènes nous conduira à la théorie de ce mécanisme. Dans cette étude nous nous ap-

puierons toujours sur les faits d'anatomie pathologique que nous venons de rapporter, et en nous arrêtant aux principales doctrines émises sur ce sujet, nous chercherons à indiquer les points que nous avons recherchés avec le plus de soin.

Une anse intestinale est ouverte : lorsque ses deux extrémités sont fixées au niveau de l'ouverture qui leur a donné passage, on voit au bout d'un certain temps, sous l'influence des seuls efforts de la nature, la plaie diminuer peu à peu, les matières stercorales s'écouler en partie par cette plaie et par l'anus normal ; plus tard cette plaie peut se fermer entièrement, il y a alors guérison complète, d'autres fois elle persiste en laissant écouler les mucosités intestinales en petite quantité, elle constitue alors la fistule stercorale. Pour amener ces phénomènes successifs, il faut le concours de toutes les parties qui composent l'anus contre nature, chacune d'elles en effet joue un rôle spécial, et dans certains cas, si l'une vient à manquer, elle est suppléée par les autres, le même phénomène étant le résultat de cette action commune. Ainsi j'établis d'abord qu'en étudiant l'action de chaque organe en particulier, je cherche seulement à démontrer la part de chacun d'eux dans le mécanisme général de la guérison spontanée de l'anus contre nature.

J'essaierai dans un second chapitre de donner l'ensemble de ce mécanisme en réunissant toutes ces actions isolées qui tendent au même but.

Du rôle des adhérences de l'intestin.

Lorsque dans une hernie l'intestin est frappé de gangrène ou lorsqu'une lésion traumatique a atteint cet organe, l'inflammation adhésive qui survient immédiatement détermine l'adhérence des deux bouts de l'intestin soit aux parois abdominales, soit aux organes voisins. Ces adhérences dont nous avons indiqué l'existence si générale dans l'anatomie pathologique pré-

sentent une série de phénomènes qui concourent à la guérison de l'anus contre nature. Les deux membranes séreuses sont le siége d'un travail phlegmasique qui s'étend aux parties voisines et aux tissus sous-jacents. Dans une première période, cette inflammation tout active est caractérisée par un travail d'organisation, les deux surfaces s'unissent l'une à l'autre par des fausses membranes susceptibles d'organisation ; plus tard, lorsque ce travail s'opère, l'adhésion devient celluleuse, il y a fusion des deux feuillets séreux qui semblent transformés en tissu cellulaire, et déjà, si les mouvements de l'intestin, la distension de ces organes tiraille ces adhérences, on les voit se présenter sous forme de brides, de filaments entrecroisés dans tous les sens, ayant acquis une certaine résistance et une extensibilité non moins remarquable. Dans une seconde période, l'inflammation prend une marche chronique, le péritoine acquiert une épaisseur double ou triple de celle qu'il présentait auparavant, les adhérences présentent la dureté et la résistance du tissu fibreux. Ce travail phlegmasique qui se propage aux tissus voisins resserre les tissus, les condense, et amène une rétraction analogue à celle que les auteurs signalent dans l'étude du sac herniaire.

Bichat a démontré dans son *Anatomie générale* l'analogie du tissu cellulaire avec le tissu des séreuses. M. Gerdy a signalé ce même rapport entre les deux tissus lorsqu'ils ont été enflammés. L'inflammation, et surtout l'inflammation chronique, resserre les tissus soumis à son influence, les condense, les raccourcit, les indure ; les tissus engendrés par l'inflammation au sein des parties enflammées participent eux-mêmes à ces caractères remarquables. Tous ces phénomènes s'observent successivement dans le point de réunion de deux bouts de l'intestin à la paroi abdominale, dans cet espace auquel viennent souvent se rendre d'autres anses intestinales, l'extrémité de l'épiploon, le mésentère, concourant aussi pour leur part à ce phénomène de rétraction.

On voit alors l'ouverture fistuleuse se fermer par le fait seul de ces adhérences, mais seulement lorsque le calibre de l'intestin n'est pas diminué, comme cela se voit dans les observations si nombreuses de perforations intestinales. Après un certain temps, les mouvements péristaltiques et les contractions des deux bouts de l'intestin tendent à le ramener dans la cavité abdominale par un mécanisme que nous étudierons, soit qu'ils entraînent avec eux les débris du sac herniaire, soit qu'ils agissent sur les adhérences de nouvelle formation; ils forment alors entre l'ouverture extérieure et leur point d'attache une cavité intermédiaire, l'infundibulum, l'entonnoir membraneux de Scarpa, que nous ne faisons qu'indiquer, tant ce phénomène a été bien décrit par le chirurgien de Pavie, qui le regarde comme la condition indispensable au rétablissement de la continuité du canal intestinal.

Du rôle de l'épiploon.

Nous avons dit, en commençant, que toutes les parties constituant l'anus contre nature concouraient à sa guérison. La nature, si variée dans ses procédés, détermine les mêmes phénomènes dans plusieurs organes pour arriver plus facilement à son but. C'est ce qui arrive pour l'épiploon dont l'existence n'est pas constante dans l'anus contre nature.

L'épiploon, dépendance du péritoine, participe aux phénomènes pathologiques dont ce dernier est le siége; il contracte facilement des adhérences avec la surface séreuse de l'intestin, et dans certains cas la guérison spontanée de l'anus contre nature se fait par un mécanisme des plus simples. En effet, l'accolement de l'épiploon aux parois intestinales suffit pour rétablir la communication entre les deux bouts de ce canal. C'est ce qui est arrivé dans les observations de MM. Cayol et Jobert que nous avons citées dans l'anatomie pathologique. C'est ce que Travers a observé sur des chiens. Cette guérison spontanée a

même fourni à M. Jobert l'idée de pratiquer l'autoplastie dans les plaies de l'intestin en les fermant avec un bouchon d'épiploon ou avec un anneau complet entourant cet organe; ce procédé a été suivi de succès sur des chiens, en 1825.

Un autre phénomène se passe encore dans l'épiploon : de même que l'intestin, on le voit rentrer peu à peu dans l'abdomen. Cette rétraction peut avoir lieu concurremment avec celle de l'intestin lorsqu'il lui est adhérent, et dans ce cas on peut se demander quel rôle joue l'épiploon dans la guérison spontanée de l'anus contre nature. D'une part, il a contracté des adhérences avec l'intestin et avec l'anneau ; d'autre part, il est adhérent à des organes mobiles dans l'abdomen, l'estomac, le gros intestin : peut-on admettre une rétraction de cette portion de l'épiploon. Dans le début, l'épiploon, membrane flottante dans l'abdomen, est continuellement mis en mouvement par les viscères abdominaux ; il peut dans quelques cas tirailler un peu les deux bouts de l'intestin par un phénomène tout à fait passif, lorsqu'une certaine quantité de cette membrane a été comprise dans la hernie. On ne peut en effet attribuer aucun rôle actif à cette portion du péritoine par une espèce de contractilité propre. On sait en effet que le péritoine tiraillé pendant un certain temps perd la faculté de reprendre sa position. La distension des organes auxquels l'épiploon adhère et les mouvements des intestins peuvent seuls lui imprimer quelques tiraillements. Un des exemples les plus remarquables est celui que cite Dupuytren : dans un cas où l'épiploon adhérait avec l'intestin à l'anneau, cette membrane comprimait le côlon et tiraillait l'estomac (1). Ce tiraillement rend compte des douleurs qu'éprouvent les malades dans la région épigastrique, et la position fléchie en avant qu'ils prennent peu à peu, comme cela existait chez le malade de

(1) Dupuytren, *Leçons orales de clinique chirurgicale : De l'anus contre nature*, t. IV, 2e édit.

Le Cat. Un exemple de ce fait mécanique est l'observation que j'ai recueillie d'une femme qui succomba trente-six heures après l'opération : l'épiploon, ayant contracté des adhérences avec l'anneau, était tendu au-devant de la masse intestinale enflammée, distendue outre mesure par des gaz.

Au bout d'un certain temps, cette portion adhérente de l'épiploon, modifiée dans sa structure, se rétracte comme tous les tissus fibreux qui sont le siége d'une induration chronique ; cette rétraction amène la tension de la partie supérieure de l'épiploon, et partant le tiraillement de son extrémité inférieure par les mouvements de la masse intestinale. On ne trouve aucune altération visible de l'épiploon au-dessus du point qui a été compris dans la hernie : c'est ce qui résulte des expériences de M. Jobert sur des chiens, et des faits d'anatomie pathologique que j'ai rapportés, concernant des anus contre nature récents ou guéris que j'ai observés.

Ainsi, pour nous, la tension de l'épiploon est un phénomène mécanique tout à fait passif, qui, lorsqu'il existe, joue un très faible rôle dans le mécanisme de la guérison de l'anus contre nature, et qui vient s'ajouter à l'action du mésentère.

Du rôle du mésentère.

Les anciens chirurgiens regardaient le mésentère comme l'agent principal du retrait de l'intestin dans la cavité abdominale, et Lapeyronie craignait si fort cette influence, qu'il conseillait dans la hernie gangrenée, de la traverser avec un fil pour empêcher les deux bouts de l'intestin de rentrer dans l'abdomen. Déjà cette pratique était combattue dans le sein de l'Académie de chirurgie par son secrétaire, invoquant la difficulté de la guérison spontanée lorsque les deux bouts de l'intestin sont adhérents à la plaie dans une trop grande étendue. Cependant

cette pratique était généralement adoptée, car Scarpa consacre tout un chapitre à démontrer l'inutilité de cette précaution. Pour le professeur de Pavie, la rétraction des deux bouts de l'intestin a lieu, soit par l'action tonique et la contractilité du mésentère, soit, avec plus de vraisemblance, par la contractilité du tissu cellulaire qui unit le col du sac herniaire aux parois abdominales au delà de l'anneau. Cette théorie, fondée sur l'étude exacte des faits, fut adoptée par tous les chirurgiens. Plus tard Dupuytren, en acceptant cette belle théorie de Scarpa, insista sur la traction du mésentère comme une des causes les plus influentes dans le mécanisme de la guérison spontanée de l'anus contre nature. La plupart des chirurgiens ont aujourd'hui adopté cette théorie, et je trouve dans les ouvrages modernes attribuée à Scarpa cette tension active du mésentère comme le phénomène le plus important.

Je n'ai pas la prétention de nier d'une manière absolue le tiraillement du mésentère dans l'anus contre nature, c'est un phénomène qu'il est fréquent d'observer : mais je pense que ce phénomène n'est pas un phénomène actif qui a pour but de ramener l'intestin dans la cavité abdominale parune espèce de contraction lente ; je crois seulement que cette action, lorsqu'elle existe, vient se joindre aux autres phénomènes que nous avons signalés par un mécanisme spécial, et apporte son concours à la guérison de l'anus contre nature. C'est ce que je vais essayer de démontrer.

Cette contractilité de tissu existe-t-elle dans le mésentère? Bichat l'admet : ainsi cette membrane reprend sa position quand elle a été distendue, tiraillée ; mais elle perd cette faculté quand la distension a duré longtemps. Cette action du mésentère, si elle est due au phénomène mécanique de la contraction de cet organe, devrait être une des causes de la guérison spontanée des hernies : elle devrait être d'autant plus active, que la

hernie est plus volumineuse. Or on sait que dans certains cas, ces guérisons spontanées, lorsqu'elles ont lieu, se font, après un certain degré d'inflammation, au niveau de l'anneau, lorsque l'étranglement a cessé. Dans d'autres cas, on sait quel volume peuvent atteindre certaines hernies dans lesquelles le mésentère s'allonge sans qu'on ait constaté cette rigidité si bien décrite dans certains anus contre nature. La guérison de ces derniers est d'autant plus assurée et plus rapide, que l'anse intestinale est moins longue, et partant le mésentère moins tiraillé. Les auteurs rapportent de nombreux exemples de perforation intestinale et de gangrène du bord convexe de l'intestin compris dans une hernie étranglée dont la guérison a été très rapide : j'ai observé un exemple semblable chez une femme dont l'intestin se gangrena après sa réduction dans l'abdomen ; l'anus contre nature guérit en vingt jours.

L'irritation déterminée dans l'opération de la hernie étranglée, ou à la suite de la gangrène de l'intestin, est-elle la cause de cette contractilité du mésentère? Bichat a démontré que la contractilité organique sensible était nulle dans le système séreux, c'est-à-dire que l'irritation portée sur le mésentère ne le fait pas contracter. Les auteurs qui attribuent au mésentère cette force de rétraction n'indiquent pas la cause qui la fait persister si longtemps, lorsqu'ils admettent que, même après la guérison de l'anus contre nature, les deux bouts de l'intestin s'éloignent de plus en plus de la paroi abdominale, et tendent à redevenir libres et flottants dans le ventre. Cette opinion, que nous avons combattue dans l'anatomie pathologique en invoquant des faits nombreux dans lesquels l'intestin était toujours adhérent au péritoine, se reproduit à propos de l'action du mésentère sous un autre point de vue.

Quelle est alors la cause de cette rétraction? J'ai indiqué dans l'anatomie pathologique que le mésentère n'offrait aucune alté-

ration dans sa texture au-dessus du point où il avait contracté des adhérences soit avec l'intestin, soit avec l'anneau : dans la gangrène du bord convexe de l'intestin, il n'offre certes aucune espèce d'altération ; dans certains cas, lorsque le sac de la hernie a persisté sans s'oblitérer, on voit souvent une hernie nouvelle se former, constituée par une portion voisine de l'intestin, et d'autres fois par cette même portion, comme les auteurs en ont relaté plusieurs exemples : le mésentère aurait donc alors repris subitement son extensibilité, qui permettrait à l'intestin une certaine migration? On sait en effet que l'action du diaphragme et des muscles abdominaux qui compriment les viscères tend à les appliquer contre la paroi abdominale, et lorsque cette paroi vient à céder, ils peuvent s'en éloigner dans une certaine limite.

Cependant nous ne prétendons pas rejeter le fait de la tension du mésentère. Il existe des cas d'anus contre nature dans lesquels le mésentère offre l'apparence d'une bride étendue de la colonne vertébrale à la paroi abdominale à laquelle il adhère avec l'intestin. Nous allons essayer d'expliquer le mécanisme par lequel s'opère ce phénomène.

Cette tension du mésentère que Pipelet compare à un ressort, que Scarpa fait dépendre d'une action tonique et contractile, que Dupuytren compare à une corde fibreuse attirant peu à peu l'intestin dans la cavité abdominale par suite des mouvements de la colonne vertébrale, joue pour nous un rôle secondaire dans le mécanisme de la guérison spontanée de l'anus contre nature. En effet, nous avons signalé déjà les cas dans lesquels le mésentère n'avait aucune action, lorsque, par exemple, l'altération de l'intestin portait sur son bord convexe. Cette tension peut donc exister quand il y a une anse considérable d'intestin détruite et que des adhérences l'unissent aux parois du sac herniaire ; dans ce cas comment s'opère la rétraction du mésentère? Déjà M. Demeaux, dans son excellente thèse sur la hernie cru-

rale, a étudié ce phénomène, et rejette l'action du mésentère dans la formation de l'entonnoir membraneux (1). Cette rétraction du mésentère que j'ai décrite aussi pour l'épiploon, quoique son mécanisme soit un peu différent, est entièrement passive.

Quand une anse intestinale considérable est contenue dans une hernie qui vient à s'étrangler, l'inflammation qui survient détermine des adhérences entre l'intestin, le mésentère et la paroi du sac herniaire dans lequel ils sont contenus. Plus tard, lorsque l'anse intestinale tombe en gangrène, les adhérences augmentent et acquièrent plus de résistance. Dans le point de réunion des deux bouts de l'intestin, le mésentère est le siége d'une inflammation qui détermine des altérations que nous avons indiquées dans sa texture, changements qui amènent une condensation, une rétraction de cette portion limitée. Le séjour de l'intestin dans le sac herniaire, en tiraillant la partie supérieure du mésentère adhérente à la colonne vertébrale, lui a fait perdre en partie son extensibilité. Si donc il survient une rétraction du tissu dans la partie inférieure, il y aura une certaine traction opérée sur l'intestin qui est le point mobile, susceptible de déplacement. On peut jusqu'à un certain point comparer cette traction du mésentère à celle qui se passe dans les rétractions à la suite de cicatrices vicieuses, dans lesquelles les parties mobiles sont attirées de plus en plus vers les parties les plus fixes. Cette rétraction du mésentère, si elle est, comme nous le pensons, le résultat d'un phénomène pathologique, ne doit se montrer qu'au bout d'un certain temps, dans cette seconde période de l'inflammation qui se caractérise par la condensation et la rétraction des tissus, comme nous l'avons indiqué dans l'anatomie pathologique.

Si nous rassemblons les faits que nous fournit l'observation

(1) Demeaux, *Des hernies crurales*. Thèse inaugurale, 1843.

pour appuyer cette théorie, voici ce que nous trouvons. Dans les nombreuses observations que Dupuytren a consignées dans son Mémoire sur l'anus contre nature, on n'en rencontre que deux dans lesquelles on trouva, à l'autopsie, cette bride du mésentère : dans un cas, l'anus contre nature datait de trois ans; dans le second cas, il y avait une anse considérable d'intestin gangrené, on avait fixé le mésentère par un fil ; la mort était survenue deux mois et demi après l'opération. Dans les autres observations d'anus contre nature, soit récents, soit anciens, il n'est fait aucunement mention de cette bride mésentérique sur laquelle cependant l'attention était fixée ; on signale au contraire plusieurs fois la bride épiploïque dont nous avons déjà parlé (1). En recherchant dans les autres auteurs les observations nombreuses d'autopsie d'anus contre nature récents ou guéris, cette tension du mésentère n'est pas signalée. Dans leurs observations, Pipelet, Lapeyronie, Le Cat, n'auraient certes pas manqué d'insister sur ce phénomène qu'ils invoquaient comme étant la cause de la rentrée de l'intestin dans l'abdomen. Scarpa, dans ses trois observations d'autopsie d'anus contre nature, ne fait pas mention de la traction du mésentère, quoiqu'il indique son épaississement, sa dureté au niveau de l'angle des deux bouts de l'intestin. Lawrence, Brechet, ne l'ont pas observée. M. Velpeau, dans les observations qu'il cite à l'appui de son Mémoire sur les anus contre nature dépourvus d'éperon, ne l'a pas rencontrée.

Ainsi cette bride mésentérique n'est pas constante, et lorsqu'elle existe, elle agit sans doute sur l'intestin d'après le mécanisme que nous avons indiqué.

Cette traction peut aussi s'opérer mécaniquement par la tension du mésentère entre la colonne vertébrale et l'adhérence de l'intestin au pourtour de l'anneau, lorsque le malade se re-

(1) Dupuytren, *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. IV, 2e édit.

dresse fortement; cette action aurait pour résultat de retirer les deux bouts de l'intestin dans la cavité de l'abdomen. Les auteurs ont cité des malades qui étaient obligés de marcher courbés, et chez lesquels le redressement s'effectuait peu à peu : telles sont les observations de Dupuytren, de Desault, de Le Cat. On peut admettre ce mécanisme dans quelques cas lorsque ce phénomène existe ; cependant il faut tenir compte aussi de l'observation que ce même phénomène de flexion chez les malades peut aussi dépendre de la douleur qu'ils éprouvent par suite des tractions que l'épiploon adhérent à l'anneau exerce sur l'estomac et le côlon, comme dans l'observation de Le Cat et dans celle de Dupuytren que nous avons déjà indiquée.

Il resterait encore à étudier l'action du mésentère sur l'éperon, dont on explique la diminution par la traction qui est exercée sur lui. Il est difficile de concevoir comment le mésentère peut déplisser l'angle que forment les deux bouts de l'intestin à leur réunion, en entraînant cet organe qui est mobile; l'éperon, formé en outre par un tissu de cicatrice, doit résister à cette action; enfin on le retrouve présentant encore une grande étendue dans les anus contre nature guéris spontanément, comme j'en ai observé deux exemples. Je ne fais qu'indiquer ce point intéressant dans l'étude du mécanisme de la guérison spontanée des anus contre nature, mais qui demanderait de nouvelles recherches.

Si nous étudions l'ordre dans lequel se passent ces phénomènes du côté du mésentère, il faut placer en première ligne les adhérences qui le fixent dans une certaine étendue à l'intestin et aux parois du sac herniaire ; ce n'est qu'au bout d'un certain temps que se développe le phénomène de rétraction dans cette portion adhérente, et la tension de la partie supérieure, lorsque le mésentère a été détruit dans une certaine étendue. En même temps se montre le tiraillement de l'intestin, dont l'influence est si grande sur la guérison de l'anus contre

nature, qu'il ait lieu par la rétraction organique ou par la tension mécanique du mésentère.

Du rôle de l'intestin.

Tous les chirurgiens ont observé le retrait des deux bouts de l'intestin dans la guérison de l'anus contre nature. On peut se demander si l'intestin joue un rôle dans le mécanisme de cette guérison. Scarpa a indiqué l'action tonique et la contractilité de cet organe comme une des causes de la formation de l'entonnoir membraneux. Mais, après lui, les auteurs semblent abandonner cette idée, et regarder les deux bouts de l'intestin comme entièrement passifs. Quelques-uns cependant indiquent cette rétraction des deux bouts de l'intestin comme appartenant probablement aux mouvements péristaltiques de cet organe, et principalement du bout supérieur. Nous avons étudié avec soin dans l'anatomie pathologique les changements qui surviennent dans les tuniques de l'intestin, nous allons maintenant rechercher les phénomènes physiologiques qui concordent avec ces diverses altérations.

L'inflammation qui a fait adhérer les deux surfaces séreuses de l'intestin et du collet du sac herniaire s'étend à la membrane musculeuse, condense ces tissus, les indure, amène un véritable ratatinement des deux bouts de l'intestin. Ce recoquillement de l'intestin est analogue à celui qui se passe quand un de ses bouts est attiré au dehors; il se renverse de plus en plus, la membrane séreuse progressant à mesure qu'elle acquiert de nouvelles adhérences. Ici l'inflammation qui a lieu au niveau du col du sac herniaire détermine cette progression de l'intestin vers la partie supérieure de l'anneau, cette ascension étant surtout déterminée par l'attraction des deux surfaces séreuses qui s'agglutinent. Ce phénomène aura plus de peine à s'accomplir lorsque le sac herniaire ne sera pas altéré, ou bien lorsque l'intestin aura con-

tracté des adhérences soit avec la partie inférieure du sac, comme dans le cas de M. Bérard rapporté dans la thèse de Demeaux, soit avec des portions du péritoine renfermées dans ce sac et adhérentes, comme dans l'observation de M. Cayol, et dans celle qui est rapportée dans les thèses de Haller; dans ces deux cas, l'épiploon adhérent à l'ouverture intestinale a suffi pour l'oblitérer et amener la guérison par un autre mécanisme.

Ainsi l'intestin est adhérent au pourtour du collet du sac, séparé de l'ouverture extérieure par un trajet assez long, espèce d'infundibulum si bien décrit par Scarpa. Comment se fait maintenant la migration de l'intestin dans la cavité abdominale? Cette migration a des obstacles à surmonter : les adhérences au pourtour de l'anneau, et la compression du diaphragme et des muscles abdominaux, dont l'action tend sans cesse à appliquer l'intestin contre les parois de l'abdomen. Je crois que c'est surtout dans cette période qu'il faut invoquer les contractions des deux bouts de l'intestin. Ces contractions doivent être énergiques, si l'on en juge d'après l'hypertrophie de la tunique musculeuse que nous avons observée : elles doivent durer longtemps, puisque cette hypertrophie a été observée pendant plusieurs mois. Elles ont lieu à la fois dans le bout supérieur et dans le bout inférieur. On les a constatées dans l'invagination de ces deux bouts. Le Cat les a observées sur son malade et a remarqué leur énergie ; Desault les a observées aussi sur son matelot. Ces contractions, évidentes pour le bout supérieur, existent aussi dans le bout inférieur, l'invagination de cette partie de l'intestin en est la preuve; et Boyer indique ce phénomène comme plus fréquent dans le bout inférieur. De plus, l'hypertrophie de la membrane musculeuse s'y retrouve aussi, comme nous l'avons constaté dans l'anatomie pathologique sur des chiens et sur l'homme. Dupuytren avait bien indiqué ce point fixe des deux bouts de l'intestin sur lequel venaient s'appuyer les efforts du

canal intestinal, d'où résultait une accélération dans le cours des matières, comme on l'avait observé.

Comment agissent ces contractions des deux bouts de l'intestin? Elles agissent sur l'entonnoir membraneux, dans le but d'augmenter sa capacité. En effet, elles tirent sur la partie supérieure du sac, l'allongent peu à peu, soit en l'isolant du pourtour de l'anneau, soit en tiraillant les adhérences de nouvelle formation qui unissent l'intestin à l'anneau : ce phénomène est actif de la part de l'intestin et agit d'une manière continue. On sait que lorsque l'intestin ne présente aucune adhérence, ses contractions suffisent quelquefois pour le faire rentrer sous les yeux du chirurgien : aussi recommande-t-on dans ce cas de fixer l'intestin à la paroi abdominale; de même, lorsqu'on fait la suture de l'intestin et son invagination, il faut le laisser reposer de temps en temps pour faciliter le manuel opératoire. C'est ce même phénomène qui détermine la saillie de la membrane muqueuse après la section de l'intestin, à cause de la laxité des adhérences entre les tuniques.

Ce phénomène actif de contraction de l'intestin donne lieu en même temps au phénomène mécanique suivant qui concourt au même résultat. Nous avons vu que les adhérences de l'intestin au pourtour de l'anneau se rétractaient dans une seconde période comme tous les tissus de cicatrice; ce resserrement a lieu surtout au niveau de l'anneau, et dans toute la portion du trajet qui se rend à la peau. Les contractions intestinales, poussant alors les matières dans cet entonnoir, le distendent davantage, et éloignent les deux bouts de l'intestin de la paroi de l'abdomen. Ce fait explique la guérison de certains anus contre nature par l'emploi continuel des purgatifs et par l'alimentation à haute dose, si je puis m'exprimer ainsi, moyens qui ont été conseillés par tous les chirurgiens, d'après l'observation des faits, depuis la discussion que Lapeyronie souleva sur ce sujet dans

l'Académie de chirurgie. En effet, en augmentant les contractions du tube intestinal et partant du bout supérieur, en forçant l'accumulation des matières stercorales dans l'infundibulum, on rend leur passage possible de cette cavité intermédiaire dans le bout inférieur, surtout si d'autres causes favorables viennent s'ajouter à ce mécanisme : je veux parler du resserrement du collet du sac ou des adhérences péritonéales au niveau de ce rétrécissement, phénomènes qui tendent à en faire une poche isolée qui sert de communication entre les deux bouts de l'intestin.

Si l'on étudie l'ordre dans lequel se présentent les phénomènes de l'intestin, il faut placer en première ligne les adhérences qui se font entre la membrane séreuse de l'intestin et celle de la paroi abdominale ; cette action se prolonge par la propagation successive de l'inflammation aux parties voisines dont les tissus sont identiques. En même temps se montre l'action musculaire dépendant des contractions physiologiques de l'intestin ; ce n'est qu'au bout d'un certain temps que se développe le phénomène de contraction énergique dans les deux bouts hypertrophiés de cet organe ; enfin plus tard survient cette rétraction qui appartient à tous les tissus de cicatrice, et qui s'observe surtout dans les tissus qui environnent l'intestin.

Théorie du mécanisme de la guérison spontanée de l'anus contre nature.

Après avoir passé en revue chacun des organes qui concourent à la guérison spontanée de l'anus contre nature par une série de phénomènes, nous devons chercher maintenant à apprécier leur valeur relative et présenter l'ensemble de ces phénomènes, ce qui constitue la théorie du mécanisme de la guérison spontanée de l'anus contre nature.

En première ligne nous placerons les adhérences qui unissent l'intestin, soit aux parois abdominales, soit aux organes voi-

sins. Seules elles suffisent dans certains cas pour amener une guérison complète, et leur action est toujours nécessaire pour arriver à cette terminaison. Le phénomène de la rentrée de l'intestin dans la cavité abdominale, si important pour la formation de l'entonnoir membraneux, est dû surtout aux contractions des deux bouts de l'intestin ; mais alors la guérison de l'anus contre nature exige le concours de plusieurs phénomènes : en effet, le resserrement du collet du sac et du tissu cicatriciel qui forme l'entonnoir membraneux amène peu à peu cette guérison, à laquelle viennent aussi prendre part le mésentère et l'épiploon par la rétraction de leurs adhérences.

Tous ces phénomènes se présentent suivant un certain ordre que nous avons indiqué pour chacun d'eux ; nous allons maintenant essayer de les grouper théoriquement, et de représenter la marche générale qu'ils suivent pour amener la guérison spontanée de l'anus contre nature.

Aussitôt que l'étranglement survient dans une hernie, l'inflammation qui se développe, soit au niveau du sac herniaire, soit au niveau de l'intestin, détermine des adhérences entre ces deux organes. Lorsque la gangrène s'est emparée d'une portion de l'intestin et de son mésentère, les adhérences se limitent au pourtour de la portion vivante dont les eschares se séparent : le phénomène est le même pour une portion d'intestin qu'une blessure amène au dehors de l'abdomen. Dans ces deux cas, les adhérences se multiplient entre la tunique séreuse de l'intestin et les parties avec lesquelles elle est en rapport, et entre les portions du mésentère et de l'épiploon qui lui sont voisines. Ces adhérences, en progressant, tendent déjà à faire remonter l'intestin par la facilité avec laquelle les surfaces séreuses s'agglutinent entre elles ; en même temps les contractions physiologiques des deux bouts de l'intestin, quoique bien faibles, agissent vers ce même but. Ce groupe de phénomènes apparaît pendant

une certaine période qu'on peut désigner sous le nom de *période de formation.*

Dans une seconde période, les adhérences sont tout à fait organisées : c'est alors que se passent les phénomènes les plus importants qui préparent la guérison spontanée de l'anus contre nature. Ils sont peu marqués dans celui qui résulte d'une plaie des intestins, à cause de la trop grande étendue des adhérences. Dans l'anus contre nature suite de hernie gangrenée, les deux bouts de l'intestin sont fixés aux parois abdominales par des adhérences qui supportent les efforts des contractions de tout le tube intestinal et de leurs deux extrémités hypertrophiées : ces mouvements, qui tendent à rendre l'intestin libre, agissent, soit sur les adhérences de nouvelle formation, soit sur la partie supérieure du sac herniaire lorsqu'elle n'est pas adhérente ; ils les allongent, les éloignent du pourtour de l'orifice, mais irrégulièrement, le bout supérieur étant plus actif que le bout inférieur : il se forme une petite cavité dans laquelle s'amassent les matières fécales, nouvelle cause de dilatation, et partant d'éloignement des deux bouts de l'intestin de l'orifice extérieur. Il peut alors exister déjà une communication entre les deux orifices intestinaux. L'ensemble de ces phénomènes peut être rangé dans un groupe sous le nom de *période d'organisation.*

Dans un troisième groupe de phénomènes que nous désignons sous le nom de *période de rétraction*, nous retrouvons les phénomènes précédents continuant leur marche, et s'augmentant d'une action nouvelle. Le phénomène principal de cette période, c'est la rétraction des tissus de nouvelle formation. Elle a lieu dans les adhérences qui unissent l'intestin aux parois abdominales, et surtout dans le tissu cicatriciel qui constitue l'entonnoir membraneux. Cette rétraction contribue à augmenter les phénomènes que nous avons observés dans la deuxième période, et à amener ainsi la guérison de l'anus contre nature. En effet,

cette rétraction des tissus qui unissent l'épiploon et le mésentère aux parties voisines tend ces deux membranes, qui, tiraillées par les anses intestinales adhérentes, agissent à leur tour sur les deux bouts de l'intestin, et contribuent passivement à leur rentrée dans l'abdomen. En outre, la diminution de calibre du trajet fistuleux, rendant plus difficile le cours des matières fécales dans ce trajet anormal, fait dilater la partie supérieure de l'entonnoir membraneux qui est plus extensible; les contractions du bout supérieur tendent au même résultat : ces actions réunies forcent les matières à passer dans le bout inférieur en petite quantité d'abord, et, à mesure que les fonctions de cet organe se raniment, cette quantité devient plus grande. Lorsque les choses sont ainsi rétablies, la nature agit graduellement pour amener la guérison en continuant pendant un temps plus ou moins long la durée de ces phénomènes.

Dans quelques cas cependant, près d'arriver à cette guérison, la nature s'arrête, et il reste une fistule excessivement petite, laissant sortir des gaz et des liquides en très petite quantité. Dans ce cas, cette fistule est une incommodité très légère pour le malade; mais lorsque l'écoulement des matières fécales persiste dans l'anus contre nature, l'affaiblissement qui en est la suite chez le malade, l'infirmité grave qui en résulte, nécessitent alors une opération dont nous allons étudier la valeur.

TRAITEMENT.

De la cure radicale de l'anus contre nature.

Nous venons de décrire les différents phénomènes qui se passent lorsque la guérison de l'anus contre nature se fait spontanément; mais dans certains cas la disposition des parties amène des obstacles à cette guérison, et l'art doit intervenir pour aider la nature à les surmonter. Le chirurgien doit surtout alors rechercher avec soin l'obstacle à cette guérison, afin de le com-

battre seul, pour laisser ensuite la nature achever son œuvre. Cette étude conduisit Desault à la découverte de l'éperon comme cause principale de la persistance de l'anus contre nature, et dirigea Dupuytren vers la découverte de l'entérotomie. Scarpa, en montrant le mécanisme de cette guérison spontanée par la formation de l'infundibulum, indiqua en même temps les causes qui retardaient cette guérison en empêchant la formation de cette cavité intermédiaire. Ce diagnostic des obstacles à la guérison de l'anus contre nature est de la plus haute importance, à cause des indications qu'il donne pour arriver au traitement : nous ne faisons qu'indiquer cette étude, qui mérite de nouvelles recherches. Nous allons passer en revue les principaux obstacles à la guérison de l'anus contre nature, et nous indiquerons pour chacun d'eux les moyens de les combattre : l'ensemble de ces moyens nous conduira à la cure radicale de cette affection.

Ces obstacles sont le défaut d'adhérence des deux bouts de l'intestin aux parois abdominales. Cet obstacle ne peut s'observer que dans les premiers moments de la formation de l'anus contre nature; plus tard, au contraire, les adhérences peuvent exister sur toute la portion de l'intestin comprise dans le trajet anormal : c'est le cas de certains anus contre nature qui sont la suite de hernies gangrenées, et c'est ce qui arrive toujours dans ceux qui dépendent d'une plaie des parois abdominales et des intestins. Dans tous ces cas, il ne peut se former d'entonnoir membraneux, et les matières suivent toujours le trajet de la plaie.

La disposition des deux bouts de l'intestin est une des causes les plus influentes sur la guérison de l'anus contre nature : cette cure est empêchée lorsque les deux bouts de ce canal sont accolés dans une certaine étendue et forment un angle de plus en plus aigu ; leurs parois adossées forcent ainsi les matières à

passer directement par la plaie. D'autres fois les deux extrémités sont placées à des distances inégales, une d'elles vient s'ouvrir seule au niveau de la plaie extérieure ; c'est là un obstacle presque insurmontable à la guérison.

Enfin lorsque le trajet fistuleux ne se resserre pas, c'est encore une cause de persistance de l'anus contre nature. Dupuytren, après avoir détruit la cloison intestinale, s'est trouvé plusieurs fois dans l'embarras pour compléter une guérison qui n'était que commencée ; il pensait que la chose la plus difficile n'était pas de détruire l'éperon, mais de fermer l'ouverture extérieure.

Ces obstacles existant, quels sont les moyens de les combattre? Après la gangrène d'une hernie, et surtout quand l'anus contre nature est la suite d'une plaie d'intestin, lorsque le chirurgien juge que les adhérences entre l'intestin et les parois du conduit normal ont une certaine étendue, il y a lieu alors de tenter l'opération que nous décrirons plus loin, et qui consiste à détruire ces adhérences minutieusement en disséquant la membrane musculeuse, et à pratiquer la suture de cette portion de l'intestin d'après le procédé de Gély de Nantes.

L'adossement des deux bouts de l'intestin l'un à l'autre et l'éperon qui en résulte, est, comme nous l'avons indiqué, un des obstacles les plus importants. Desault le premier essaya de refouler l'éperon avec des tentes introduites dans les deux bouts de l'intestin ; Dupuytren alla plus loin, il détruisit complétement l'éperon en le gangrenant avec la pince entérotome.

Doit-on détruire cet éperon dès le début de l'établissement de l'anus contre nature? Les essais malheureux qui résultent des expériences consignées dans la thèse de M. Demeaux doivent faire rejeter ce moyen ; d'autant plus que, malgré cette disposition vicieuse, les efforts de la nature peuvent encore seuls amener au bout d'un certain temps une guérison durable.

Lorsque cette guérison ne s'est pas effectuée et que le chirurgien a reconnu que l'éperon était un obstacle, il faut le détruire au moyen de l'entérotome, et employer de préférence l'entérotome modifié de Blandin, à cause de la largeur des mors qui détruisent une plus grande surface de cet obstacle.

Si les deux bouts de l'intestin sont placés à des distances inégales, surtout si le bout inférieur est très éloigné, il y a de grandes chances pour que l'anus contre nature soit incurable. Il faudra alors sonder la plaie du malade avec beaucoup d'attention, en variant les moyens, et chercher si l'on peut parvenir à trouver les deux orifices : cette exploration peut seule, si elle est couronnée de succès, permettre plus tard l'emploi d'un traitement. Ces recherches sont souvent très difficiles : chez un malade dont Dupuytren rapporte l'observation, on ne put trouver le bout inférieur qu'à l'autopsie.

Lorsque les deux bouts de l'intestin s'ouvrent à une très petite distance de l'ouverture extérieure, il n'existe pas d'entonnoir membraneux ; l'entérotomie présente alors l'avantage de créer un infundibulum artificiel, et, en employant ensuite les autres moyens conseillés par les auteurs sur l'ouverture extérieure, on favorise la guérison. Si ces moyens sont impuissants, il faut en venir à l'opération que nous décrirons plus loin pour la cure radicale de l'anus contre nature.

Mais lorsque les deux bouts de l'intestin s'ouvrent séparément à l'extérieur, la guérison est au-dessus des seules forces de la nature ; il faut encore appliquer l'entérotomie, mais en conservant la portion extérieure de téguments intermédiaire aux deux orifices, en suivant dans cette opération l'indication que la nature nous fournit dans le fait rapporté par Tillaie de Rouen : la guérison d'un anus contre nature eut lieu par la perforation accidentelle de la base de l'éperon, qui amena ainsi une communication durable entre les deux bouts de l'intestin.

Enfin, si après l'emploi de tous ces moyens l'anus contre nature persiste, on peut penser que l'obstacle siége dans le conduit anormal qui ne subit pas une rétraction suffisante pour oblitérer entièrement cette fistule. De nombreux moyens ont été indiqués pour guérir alors cette fistule stercorale et souvent tous échouent. Ils tendent surtout à modifier la vitalité du tissu en détruisant la membrane de nouvelle formation qui revêt l'infundibulum, ou à fermer directement l'ouverture extérieure après l'avoir avivée, au moyen de la suture ou de l'autoplastie.

C'est dans ces cas surtout que le chirurgien doit agir avec la plus grande prudence en rejetant une opération grave pour guérir une infirmité légère. Si les moyens nombreux que l'on a employés ont amené une fistule très petite, laissant suinter seulement des gaz et un peu de liquide, on doit faire porter un bandage compresseur, comme doit le faire le malade même après la guérison complète de son anus contre nature.

Lorsque, malgré l'emploi de tous les moyens applicables qui ont été proposés par les auteurs, les matières s'écoulent toujours en assez grande quantité par la plaie pour être une cause de dérangement dans la santé ou de gêne considérable pour le malade, on peut tenter une opération pour amener sa cure radicale. Les conditions qu'il faut rassembler pour pratiquer cette opération sont justement celles qui en ont empêché la guérison. Ainsi l'anus étant établi depuis un certain temps, il faut que les deux bouts de l'intestin soient encore adhérents dans une certaine étendue au trajet anormal, et dans ce cas il ne s'est pas formé d'entonnoir membraneux. On pourra jusqu'à un certain point reconnaître cette étendue des adhérences d'après la situation plus ou moins éloignée de l'éperon par rapport à l'ouverture extérieure.

Dans cette opération, on se propose de fermer l'ouverture extérieure afin de rétablir le passage complet des matières fé-

cales par le bout inférieur. Mais pour arriver à ce but, il faut surmonter plusieurs obstacles qui rendent très difficiles toutes les opérations qui ont déjà été proposées.

Le conduit fistuleux est en effet recouvert d'une membrane de nouvelle formation dont la cicatrisation est très difficile ; les matières fécales qui s'amassent dans ce conduit intermédiaire exercent une certaine pression qui tend à désunir les lèvres de la plaie que l'on vient de faire et que l'on cherche à réunir; enfin les liquides stercoraux qui s'infiltrent entre les bords de la solution de continuité récemment avivée les enflamment et les empêchent de se réunir par première intention. Cette issue des liquides stercoraux est un des obstacles les plus difficiles à surmonter, quel que soit le procédé que l'on emploie pour amener la guérison de l'anus contre nature : soit au moyen du bouchon cutané employé par M. Velpeau, soit la suture des bords de la plaie, ou les différents modes d'autoplastie, et même encore la suture après l'invagination des deux bouts de l'intestin.

Les anciens chirurgiens avaient bien remarqué ce point important dans le traitement des plaies des intestins : Guy de Chauliac, après avoir rapporté les méthodes opératoires qu'on avait employées avant lui pour faire la suture de l'intestin, celle de Roger, de Lanfranc, de Théodoricus, qui conseillaient de coudre l'intestin sur un tube de sureau, celle de Guillaume de Salicet, qui proposait de remplacer la canule de sureau par un intestin d'animal, explique le but de ces praticiens : c'était, dit-il, « *ad custodiendum ne fœces putrefaciant suturam.* » Il faut donc, dans cette opération, obtenir une cicatrisation rapide et assez résistante, mettre les bords de la plaie à l'abri de l'infiltration des liquides stercoraux, et conserver une partie de la cavité intermédiaire qui sert de passage aux matières fécales entre les deux bouts de l'intestin. Ces indications sont remplies dans l'opération que nous allons décrire; nous discuterons plus loin ses

avantages. Nous avons déjà dit qu'elle avait été pratiquée trois fois sur le vivant, mais dans des conditions différentes.

Chez un malade, M. Nélaton, ayant pratiqué un anus artificiel dans le pli de l'aine pour remédier à une occlusion intestinale à la suite de hernie étranglée réduite, chercha ensuite à guérir cet anus contre nature; l'intestin avait subi une plaie longitudinale qu'on chercha à fermer d'après le procédé de Gély. Le chirurgien disséqua d'abord les deux lèvres de la plaie, l'inférieure de bas en haut, la supérieure de haut en bas, en cherchant autant que possible à détruire les adhérences anciennes de l'intestin : lorsqu'elles furent séparées dans une certaine étendue, il pratiqua la suture de Gély, en renversant en dedans cette portion disséquée afin de faire agglutiner les deux surfaces avivées. Pour les maintenir et fermer tout à fait cette plaie, l'opérateur rafraîchit les alentours de l'anus contre nature, puis il disséqua les téguments au-dessous de la plaie pour former un lambeau elliptique qu'il vint appliquer par glissement sur la plaie qu'occupait l'anus contre nature. Toutes ces opérations réussirent très bien, et le malade guérit de son anus artificiel.

M. Malgaigne a proposé dans sa médecine opératoire le procédé suivant, qu'il a appliqué sur le vivant avec un succès complet. On avive le trajet anormal dans toute son épaisseur jusqu'à l'intestin exclusivement, en détachant avec soin celui-ci de ses adhérences extérieures, et prenant garde cependant que les adhérences sont quelquefois fort peu étendues, et qu'en les décollant au delà d'un demi-centimètre, on risquerait d'ouvrir le péritoine ; on pratique alors la suture en piqué sur cette portion, et par-dessus on réunit les chairs et les téguments avec la suture entortillée; s'il y avait une perte de substance, on emploierait l'autoplastie (1).

(1) Malgaigne, *Manuel de médecine opératoire*, 6e édit., p. 577.

M. Denonvilliers a pratiqué en 1849 une opération semblable, mais présentant quelques différences avec les deux que nous venons de décrire. Nous en avons déjà rapporté les détails dans l'observation de la malade qui en a été le sujet, et c'est elle qui nous servira de guide dans la description que nous ferons plus loin de l'opération pour la cure radicale de l'anus contre nature.

Ces différences portent sur la dissection de l'extrémité de l'intestin que M. Denonvilliers a pratiquée dans une certaine étendue. Lorsque les adhérences existent autour de l'intestin et que l'anus contre nature est établi depuis un certain temps, elles sont assez résistantes pour soutenir une légère traction sur l'extrémité de l'intestin et empêcher la déchirure du péritoine; de plus, la tunique musculeuse de l'intestin est hypertrophiée, et peut par une dissection fine se séparer des autres tuniques, isolement qui est rendu plus assuré par la facilité avec laquelle cette tunique se déchire par l'effet des plus légères tractions et s'invagine avec la membrane muqueuse à laquelle elle adhère dans les deux autres tuniques fixées par leurs adhérences au pourtour du sac herniaire. Ces faits, sur lesquels nous avons insisté avec détail dans l'anatomie pathologique, trouvent ici leur application pratique.

Quelle est la marche à suivre dans le traitement de l'anus contre nature pour amener sa cure radicale. Lorsque l'opérateur trouve l'intestin gangrené dans une hernie, il doit s'assurer s'il a contracté des adhérences au pourtour de l'anneau. Si ces adhérences n'existent pas, et que l'anse intestinale soit très petite, je crois que c'est un parti sage de fixer les deux bouts aux bords de la plaie au moyen de quelques points de suture, suivant le procédé de Palfin, les contractions de l'intestin pouvant quelquefois les faire rentrer dans l'abdomen. Si l'anse intestinale est considérable, on peut éviter de passer un fil au travers du mésentère, suivant l'indication de Lapeyronie que combat Scarpa;

la rapidité de o naiftomlardes adhérences autour de cette portion gangrenée qu'une simple action musculaire ne peut faire rentrer, rend ce moyen inutile.

Lorsque l'anus contre nature est établi depuis un certain temps, que les adhérences sont bien établies, qu'il présente en un mot les conditions que nous avons indiquées pour pratiquer l'opération dont nous avons parlé plus haut, on commence par détruire l'éperon au moyen de l'entérotome : il faut, en effet, obtenir une petite cavité intermédiaire pour le passage des matières fécales dans les deux bouts de l'intestin, condition indispensable à la guérison.

L'emploi de l'entérotome exige de grandes précautions : il peut arriver que la partie postérieure de l'éperon n'étant pas adhérente dans toute son étendue, et venant à être gangrenée trop rapidement, permette l'issue des matières fécales dans l'abdomen. Cet accident redoutable a été observé plusieurs fois ; dans d'autres cas, lorsque la base de l'éperon non adhérente laisse un assez grand intervalle entre ses deux parois, il peut s'interposer dans cet espace des anses intestinales voisines : on conçoit le danger qu'il y aurait dans ce cas à embrasser tout l'éperon dans la pince entérotome. Ces faits, qui sont fournis par l'anatomie pathologique, ne sont indiqués par aucun signe sur le vivant, on est obligé d'opérer aveuglément. Il serait donc plus prudent de pratiquer la section de l'éperon par petites portions, en enfonçant peu à peu la pince entérotome dans la cavité intestinale, ou mieux en employant l'instrument suivant, qui rendrait mieux compte de l'opération que l'on a à pratiquer.

Cette pince entérotome est la même que celle de Blandin : la modification porte sur la branche femelle qui, au lieu de s'articuler en un seul point avec la branche mâle ou la branche à pivot, porte une série de trous destinés à permettre son articulation à des distances variables, de manière à pouvoir diminuer

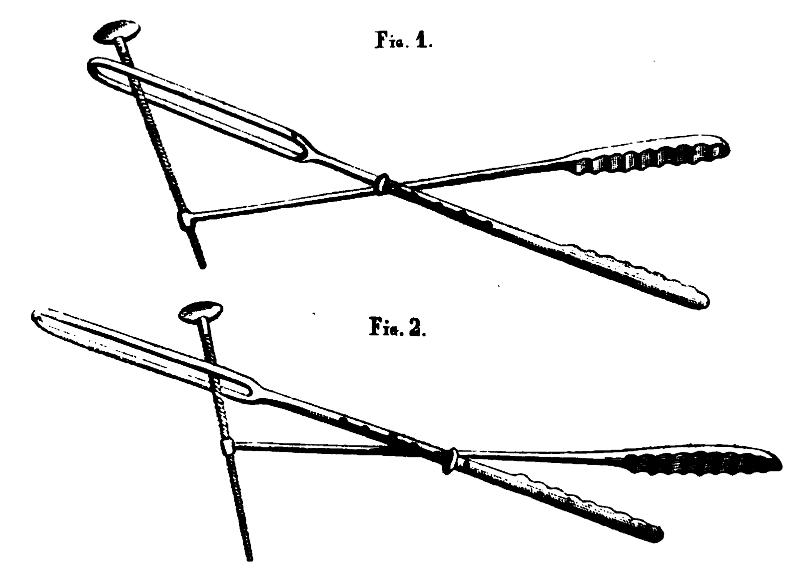
à volonté la surface de contact de cette branche avec l'autre en la faisant glisser jusqu'à sa dernière articulation.

Pour l'appliquer, de même que dans le procédé ordinaire, on introduit chaque branche dans une des extrémités de l'intestin, et pour articuler on amène la branche femelle au point où elle ne comprime que l'extrémité de l'éperon : on arrive à ce résultat en la retirant peu à peu, la branche mâle restant fixe, et en serrant modérément, jusqu'à ce qu'on ne sente aucune résistance en attirant doucement l'instrument au dehors, on vient alors d'abandonner l'éperon ; il suffit, pour pincer son extrémité, d'écarter un peu la branche femelle, et de la pousser d'un cran dans la cavité intestinale. On serre alors la vis à pression de manière à mortifier l'éperon. Les jours suivants, pour augmenter l'étendue de la perte de substance de l'éperon, il suffit, après avoir fait fixer l'instrument, d'écarter un peu ses branches et de porter d'un cran en avant la branche femelle. Cette section de l'éperon peut ainsi être portée à la distance que l'on veut.

Les avantages de cette modification sont les suivants : Cette section de l'éperon par petites portions met en garde contre les déchirures et les épanchements qui en sont la suite ; en effet, à mesure qu'une portion est comprimée, les portions plus éloignées sont rapprochées, contractent des adhérences. De plus, ce rapprochement des deux surfaces de l'éperon, se faisant sur de petits espaces progressifs, éloigne peu à peu les organes importants qui viendraient se placer dans leur intervalle lorsqu'elles ne sont pas adhérentes entre elles. Enfin un avantage d'une certaine importance, c'est l'appréciation de la longueur de l'éperon à mesure qu'on le détruit. Chaque division de la mortaise, correspondant à une certaine longueur des mors de la pince, indique, à mesure qu'on les parcourt, de quelle quantité l'éperon se trouve détruit. Avec l'emploi des autres entérotomes l'enfoncement plus ou moins considérable de l'instrument dans la plaie

est le seul signe de l'étendue de la destruction de l'éperon.

La figure que je joins à cette description fera mieux comprendre le mécanisme de l'instrument.



La figure 1 représente l'instrument ouvert; ses deux branches sont en rapport dans toute la longueur des mors de la pince.

La figure 2 montre l'instrument ouvert à la première division de la mortaise et permettant le contact des mors de la pince dans une très petite étendue.

Après la destruction de l'éperon, il reste à fermer l'ouverture extérieure pour forcer les matières fécales à passer en totalité par le bout inférieur. Avant de pratiquer cette opération, il convient de préparer le malade en vidant l'intestin par des purgatifs, afin de diminuer la quantité des matières qui traverseront la cavité intermédiaire après l'opération, et qui pourraient par leur accumulation rompre les nouvelles adhérences.

Opération.

L'opération se compose de trois temps principaux, qui comprennent : 1° la dissection de l'intestin; 2° la suture de cet organe; 3° la réunion de la plaie extérieure.

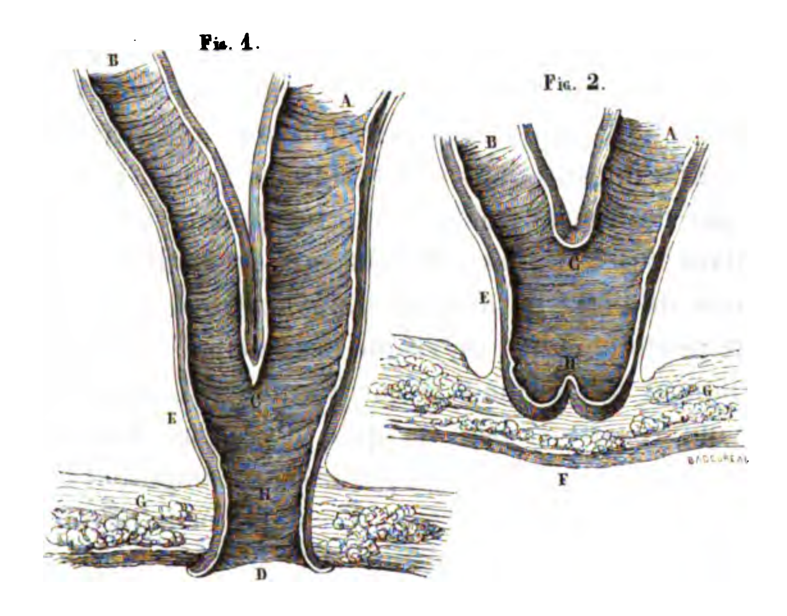
Premier temps: L'opérateur dissèque avec soin l'ouverture extérieure tout à l'entour, en allant vers les parties profondes, et en lui donnant une épaisseur de quelques millimètres; lorsque cette dissection est arrivée à un peu plus d'un demi-centimètre de profondeur, les parois du conduit ainsi isolées, s'affaissant, rendent cette dissection assez difficile, il convient alors d'introduire le doigt indicateur de la main gauche dans l'infundibulum ainsi isolé; on continue cette dissection minutieuse en tiraillant légèrement l'intestin et en déchirant ses fibres musculaires avec la pointe du bistouri. Ces tractions légères facilitent cette opération en faisant descendre la membrane muqueuse et la membrane musculaire qui s'invaginent dans les deux tuniques externes adhérentes au trajet anormal. Cette dissection doit s'arrêter quand on a isolé l'intestin dans une étendue d'un centimètre et demi à deux centimètres, longueur nécessaire pour appliquer facilement la suture en piqué à son extrémité, que l'on attire un peu à l'extérieur. Le point important, dans ce temps de l'opération, est de suivre attentivement dans la dissection la membrane musculeuse dont l'hypertrophie permet facilement d'apercevoir les fibres.

Dans le deuxième temps de l'opération, le chirurgien rafraîchit l'extrémité de l'intestin et la réunit au moyen de la suture en piqué de Gély (de Nantes). Je ne m'arrêterai pas à décrire le manuel opératoire de cette suture; le point important de l'opération est d'obtenir le renversement en dedans des bords de l'ouverture circulaire de l'intestin, de manière à obtenir l'adosse ment des surfaces saignantes placées à l'extérieur. Après cette suture, on replace l'intestin au fond du conduit anormal dont on l'avait isolé.

Le troisième temps comprend l'occlusion de la plaie : on dissèque un lambeau de peau au-dessus de l'ouverture de l'anus contre nature, son pédicule restant adhérent aux téguments de

l'abdomen; on le rend mobile en pratiquant des incisions à l'entour, puis on le fait glisser pour recouvrir la plaie, et on le fixe au moyen d'épingles réunies par la suture entortillée.

Après cette opération, on place la cuisse dans la flexion pour faciliter le rapprochement des parties divisées, et l'on surveille avec soin l'inflammation et les accidents qui peuvent survenir et sur lesquels nous n'insistons pas.



Ces deux figures théoriques peuvent servir à faire comprendre l'opération que nous venons de décrire.

La figure 1 représente les deux bouts de l'intestin accolés et leur ouverture à l'extérieur. A, bout supérieur de l'intestin; B, bout inférieur; C, éperon; D, ouverture cutanée de l'anus contre nature; E, péritoine tapissant l'intestin et la paroi abdominale; G, paroi abdominale du pli de l'aine; H, infundibulum.

Dans la figure 2 on a montré le résultat de l'opération. C, section de l'éperon par l'entérotome; H, disposition de l'extrémité de l'intestin après la dissection de ses tuniques internes et l'application de la suture de Gély, adossant au contact les surfaces saignantes de l'intestin; E, péritoine; F, lambeau cutané dépendant du pli de l'aine recouvrant toutes ces parties.

Appréciation.

On peut présenter plusieurs objections contre cette opération dont nous indiquerons plus loin les avantages.

La difficulté de l'opération n'est certes pas contestée, mais cette dissection délicate de la tunique musculeuse est aidée par l'hypertrophie dont elle est le siége et par la facilité avec laquelle elle se déchire et se sépare de la tunique séreuse.

Une objection plus grave est celle qui porte sur la possibilité de léser le péritoine. Cette lésion pourrait arriver si l'on poussait la dissection trop loin; aussi doit-on, après avoir isolé le pourtour de l'intestin dans une certaine étendue, l'attirer doucement par de légères tractions qui invaginent ses tuniques internes dans ses tuniques externes, qui sont adhérentes; si les adhérences de l'intestin avec le trajet anormal n'ont lieu que dans une petite étendue, on risque beaucoup d'ouvrir le cul-de-sac péritonéal qui formait le sac herniaire. L'opération de la hernie, qui réussit si bien lorsqu'il n'y a pas d'inflammation préalable du péritoine ou des parties qui composent la hernie, et dans laquelle on agit à la fois, et sur le péritoine qui revêt le sac, et sur celui qui revêt l'intestin, semble atténuer cette gravité. Dans ces deux cas, il faut terminer tout de suite l'opération, soit en pratiquant la suture de l'intestin, soit en déterminant de nouveau son adhérence au trajet anormal.

Enfin on peut objecter que ce renversement des bords de l'extrémité de l'intestin, en diminuant la petite cavité intermédiaire entre les deux bouts de l'intestin, gênera le cours des matières. Cette difficulté dans le parcours tient bien plus à la disposition parallèle qu'affectent les deux bouts de l'intestin qu'à l'étroitesse du canal; et lorsque la nature seule amène la guérison de l'anus contre nature, elle y arrive tout en conservant un passage très étroit entre les deux bouts de l'intestin : c'est ce

que nous avons observé sur les pièces d'anus contre nature que nous avons décrites dans l'anatomie pathologique, comme on peut le voir sur les dessins de ces mêmes pièces. (Planches I et II.)

D'un autre côté, les avantages de cette opération sont nombreux et importants. Le renversement des membranes intestinales en dedans produit une saillie qui empêche la sortie des matières stercorales ; en effet, lorsque celles-ci viennent à presser sur cette extrémité de l'intestin, elles tendent à appliquer l'une contre l'autre les surfaces extérieures avivées et à les faire adhérer rapidement. Outre l'adossement, on joint à cette opération l'autoplastie, qui a toutes les conditions pour réussir ici : rapport exact des surfaces saignantes, compression lente exercée par les matières sur l'extrémité de l'intestin, tendant à appliquer ces surfaces l'une contre l'autre et à amener une cicatrisation rapide. Ce procédé paraît donc remplir les indications que nous avions posées plus haut pour la cure radicale de l'anus contre nature.

EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE I.

Pièce d'anus contre nature recueillie sur un homme âgé de trente et un ans, mort à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le baron Philippe Boyer.

Cet anus contre nature était survenu à la suite d'une hernie inguinale opérée deux fois : une première fois avec succès en 1843, une seconde fois après la gangrène de l'intestin en 1845. L'anus contre nature a guéri spontanément par les seuls efforts de la nature dans l'espace d'un an. En 1848, à la suite d'écarts de régime, cet homme a été pris d'accidents d'étranglement interne, auxquels il a succombé au bout de onze jours. L'autopsie a fait voir qu'il y avait eu rupture de l'intestin au niveau de la réunion des deux bouts du canal et de ses adhérences à la paroi abdominale, avec issue de matières fécales dans l'abdomen, ayant occasionné une péritonite générale.

A. Bout supérieur de l'intestin grêle, fortement distendu.
B. Bout inférieur répondant au dernier quart de ce conduit.
C. Communication entre les deux bouts de l'intestin, offrant 1 centimètre de diamètre ; au fond de cette ouverture se voit la saillie qui représente l'éperon, qui sur la pièce fraîche avait 2 centimètres et demi de longueur.
D. Grand épiploon adhérant sous forme d'un cordon au niveau de la réunion des anses intestinales, et se continuant en haut avec la partie saine de ce même repli péritonéal.
E. Tissu fibreux représentant le trajet qu'occupait l'entonnoir membraneux.
F. Symphyse du pubis.
G. Verge.
H. Péritoine tapissant la paroi abdominale du pli de l'aine.
I. Peau du pli de l'aine montrant la cicatrice rentrée où s'ouvrait à l'extérieur l'anus contre nature.
K. Extrémité supérieure du fémur, grand trochanter.
L. Os iliaque ; épine antérieure et supérieure.
M. Paroi abdominale du pli de l'aine.

PLANCHE II.

Pièce d'anus contre nature recueillie sur une femme âgée de soixante-six ans, morte à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le baron Philippe Boyer.

Cet anus contre nature était survenu à la suite d'une hernie crurale entéro-épiploïque étranglée, opérée en 1845. Réduction de l'intestin, qui se gangrène dans la cavité abdominale, et donne lieu à la formation d'un anus contre nature. Traitement de l'anus accidentel par les purgatifs répétés, l'alimentation à haute dose et la compression du pli de l'aine. Sous l'influence de ce traitement, guérison complète au bout de sept mois. En janvier 1848, la malade vient mourir à l'hôpital à la suite d'une affection intestinale. L'autopsie ne montre pas de traces de péritonite ; mais le bout supérieur de l'intestin, au niveau de son abouchement dans le bout inférieur était rempli de noyaux de pruneaux, de pepins de fruits, de petits fragments d'os, de tissus cartilagineux non digérés.

A. Bout supérieur de l'intestin grêle fortement dilaté, ayant un diamètre de 5 centimètres.
B. Bout inférieur ayant seulement un diamètre de 1 centimètre.
E. Tissu fibreux représentant le trajet qu'occupait l'entonnoir membraneux.
H. Péritoine tapissant la paroi abdominale du pli de l'aine.
I. Peau du pli de l'aine montrant la cicatrice rentrée où s'ouvrait à l'extérieur l'anus contre nature.
K. Extrémité supérieure du fémur, grand trochanter.
L. Portion de l'intestin cæcum.
M. Paroi abdominale du pli de l'aine.
O. Communication entre les deux bouts de l'intestin, offrant à peine 1 centimètre de diamètre, ne permettant pas d'apprécier la longueur de l'éperon qui se voit au fond de cette ouverture.

MÉMOIRE

SUR LES

DIVERTICULUMS DE LA TUNIQUE VAGINALE,

Par le docteur BÉRAUD,
Prosecteur à l'amphithéâtre des hôpitaux.

(Travail lu à la Société de chirurgie, le 3 septembre 1856.)

Depuis quelques années, les chirurgiens se sont vivement préoccupés des tumeurs liquides des bourses. Grâce aux travaux de M. le professeur Velpeau et de M. Gosselin, et plus tard de M. Sédillot et de M. Marcé, en France ; grâce aux observations faites en Angleterre par MM. Liston, Llyod et Paget, Curling, etc., des vérités importantes nous paraissent définitivement acquises à la science. Mais l'on ne saurait se dissimuler que, si l'existence et le mode de formation de certains kystes ne laissent plus de doute, il reste encore à expliquer quelques points obscurs relatifs à la pathologie des hydrocèles; pourquoi, par exemple, les kystes des bourses contiennent des spermatozoïdes, tandis que d'autres, parfaitement semblables en apparence, n'en renferment point ; pourquoi les hydrocèles peuvent présenter telle ou telle forme, siéger dans telle ou telle région. Voilà certainement des questions qui ne sont point encore résolues et que nos recherches contribueront peut-être à élucider.

Nous avions eu d'abord l'intention d'exposer dans cette note

tout ce que nous avons pu constater dans de nombreuses investigations relativement à la tunique vaginale en rapport avec l'hydrocèle, mais dans la crainte d'abuser des moments si précieux de la Société, nous nous sommes imposé le devoir de ne décrire très succinctement que les diverticulums de la tunique vaginale.

Définition. Je donne le nom de *diverticulums* à des prolongements plus ou moins longs, en forme de doigt de gant et venant s'ouvrir dans la cavité vaginale.

On pourrait, avec une grande justesse, comparer ces diverticulums à l'appendice vermiculaire du gros intestin dont la cavité est en communication avec celle du cæcum.

En raison de cette ressemblance nous avions voulu, au premier moment, leur donner le nom d'*appendices*, mais nous avons dû renoncer à cette dénomination, parce qu'elle prêtait à l'ambiguïté. On sait, en effet, que l'hydatide de Morgagni, le *vas aberrans* de Haller, ont reçu quelquefois le nom d'*appendices*.

Divisions. Quoique la tunique vaginale soit une des membranes séreuses dont la simplicité est la plus grande, il ne faudrait pas néanmoins s'imaginer avec la plupart des auteurs, qu'elle se borne à fournir une enveloppe plus ou moins complète au testicule et aux diverses parties de l'épididyme; ce serait là une erreur. En effet, la tunique vaginale offre un certain degré de complexité. Examinez, en effet, sa partie supérieure chez un adulte, vous ne tarderez pas à y remarquer un prolongement qui s'étend plus ou moins haut sur les diverses parties du cordon spermatique. Puis examinez encore l'anfractuosité qui se trouve entre le corps de l'épididyme et le testicule; vous y reconnaîtrez bientôt un second prolongement qui pénètre au milieu des éléments du cordon lui-même. Enfin, si vous injectez dans la tunique vaginale une matière solidifiable, telle

que cire, suif, plâtre, métal fusible de Darcet, vous trouverez encore çà et là des culs-de-sac disséminés irrégulièrement sur le feuillet séreux qui répond aux parois scrotales.

C'est après avoir constaté ces diverticulums dans tous ces points que, dans le but de faciliter la description, nous avons adopté la division suivante :

1° Diverticulum funiculaire;

2° Diverticulum épididymaire ;

3° Diverticulums testiculaires.

§ 1. *Du diverticulum funiculaire.*

Le diverticulum funiculaire consiste dans un prolongement qui suit le cordon spermatique, ainsi que l'indique son nom.

Il a été décrit et mentionné par la plupart des auteurs; Blandin, dans son *Traité d'anatomie chirurgicale*, l'a appelé conduit *péritonéo-vaginal.*

M. le professeur Jules Cloquet lui a donné le nom de *tunique vaginale funiculaire.* Ce nom est parfaitement justifié quand on envisage la tunique vaginale dans l'enfance, comme l'a fait le célèbre professeur de la Faculté que nous venons de nommer; mais pour nous qui ne parlons que de la tunique vaginale à l'état adulte, ce nom aurait l'inconvénient de ne pas s'appliquer exactement à ce que nous avons vu.

Le diverticulum funiculaire existe chez presque tous les sujets adultes que nous avons examinés dans ce but. Il indique que pendant une certaine période de la vie la tunique vaginale a communiqué avec la grande séreuse péritonéale.

Il occupe la partie la plus élevée de la tunique vaginale et se trouve au-dessus de la tête de l'épididyme, en dedans et en avant des vaisseaux spermatiques et du canal déférent. C'est à tort, selon nous, que M. Cribier (*Thèse inaugurale*, Paris, 1851;

p. 34), dit qu'il est situé au côté externe et antérieur de ces vaisseaux.

Sa *direction* est verticale comme celle du cordon spermatique; mais son extrémité supérieure semble s'incliner un peu en avant. Cette inclinaison est surtout apparente quand l'injection arrive avec une force considérable dans la cavité du diverticulum.

Sa *longueur*, prise sur l'adulte, est extrêmement variable. En mesurant les divers moules de plâtre, ou de cire et de métal que j'ai sous les yeux, je trouve tantôt un centimètre, tantôt deux, trois et même cinq centimètres de longueur. La mesure est prise du sommet de la tête de l'épididyme.

La *largeur* du diverticulum funiculaire est aussi très variable. En général, elle est de sept à huit millimètres. Hâtons-nous de dire qu'elle n'est pas la même dans tous les points. C'est ainsi, par exemple, qu'à son sommet ce diverticulum se termine par une pointe très étroite, qu'à son embouchure dans la tunique vaginale, il offre tantôt un rétrécissement, tantôt une dilatation, et dans ce dernier cas, qui est le plus fréquent, il a une *forme conique* très évidente.

Ses *rapports* doivent nous arrêter un instant. En avant, il est en rapport avec la tunique érythroïde et la tunique fibreuse qui, dans ce point, est devenue excessivement mince. En arrière se trouvent les vaisseaux spermatiques et plus en arrière encore le canal déférent. Tous ces organes reçoivent ainsi une gaîne séreuse qui enveloppe tantôt le tiers, tantôt la moitié de leur circonférence.

Nous ne croyons pas devoir nous arrêter à faire ressortir toutes les conséquences de cette disposition anatomique; qu'il nous suffise de rappeler que ce point de pathogénie a été traité par Wrisberg, par Richerand, qui, dans un mémoire présenté à la Société médicale d'émulation, s'est attaché à faire voir les différences de l'hydrocèle chez l'enfant; qu'il nous suffise de dire

que M. le professeur J. Cloquet, ayant examiné les divers modes d'oblitération de la tunique vaginale, a démontré que le conduit péritonéo-vaginal ne s'oblitère pas toujours dans toute sa longueur, que quelquefois il s'oblitère en plusieurs points variables laissant entre eux des points intermédiaires qui ne sont pas oblitérés.

§ 2. *Diverticulum épididymaire.*

Je désigne sous ce nom le prolongement de la tunique vaginale qui existe dans le fond du mésorchium.

L'existence de ce diverticulum a été signalée par M. Cruveilhier. Voici, en effet, les paroles de ce professeur : « La tunique vaginale forme un cul-de-sac qui isole complétement la partie moyenne de ce corps (de l'épididyme) du bord supérieur du testicule : au fond de ce cul-de-sac se voient quelquefois des petites ouvertures qui conduisent dans des arrière-cavités. »

L'existence de ce diverticulum ne saurait être révoquée en doute, d'après cette citation, et d'ailleurs, s'il le fallait, nous pourrions encore nous appuyer sur une autorité bien compétente, sur les recherches de M. Giraldès qui l'ont conduit à admettre ce diverticulum. Mais comme la description de cette arrière-cavité ne se trouve pas dans les livres, nous allons tâcher de remplir cette lacune.

Nous avons constaté ce diverticulum épididymaire sur presque tous les sujets que nous avons examinés dans cette intention.

Il consiste dans un prolongement de forme variable que l'on peut comparer avec juste raison à l'arrière-cavité des épiploons.

Il siége le plus souvent à la partie la plus élevée de l'anfractuosité qui existe au niveau de la partie moyenne de l'épididyme.

Sa direction est verticale, quelquefois courbe.

Sa longueur est d'environ un centimètre.

Sa largeur est de trois à quatre millimètres, prise sur un des moules de métal fusible de Darcet.

Sa forme est celle d'un haricot, il en est de même de son volume; quelquefois au lieu d'être arrondie, cette forme est aplatie. Sous ce rapport, le diverticulum épididymaire diffère du diverticulum funiculaire qui est presque toujours conique.

L'ouverture qui établit la communication entre le prolongement épididymaire et la cavité vaginale est toujours plus étroite que la cavité de ce diverticulum. Cette disposition explique peut-être pourquoi on ne l'a point vu dans quelques circonstances.

Il importe que nous étudiions avec soin ses rapports. Ce diverticulum vient se loger entre les éléments du cordon testiculaire.

Il répond en avant à la face postérieure de la tête de l'épididyme en bas, plus haut, à la partie externe des vaisseaux spermatiques qui le séparent de la face postérieure du diverticulum funiculaire. De sorte que, si avec une aiguille droite on traversait le scrotum au-dessus de la tête de l'épididyme, on rencontrerait successivement deux cavités : 1° la cavité du diverticulum funiculaire; 2° la cavité du diverticulum épididymaire. On voit tout de suite l'analogie avec la cavité péritonéale et l'arrière-cavité des épiploons. En *arrière*, le diverticulum épididymaire est en rapport avec le canal déférent. Il semble même que ce cul-de-sac de la tunique vaginale lui est destiné. En *dedans*, comme en *dehors*, il est en rapport avec le tissu cellulaire du scrotum.

Il ne faut pas confondre ce diverticulum avec une disposition qui nous a paru accidentelle. Quelquefois il s'établit des adhérences entre la tunique vaginale qui revêt le corps de l'épididyme et celle qui recouvre le corps du testicule, et alors on a tantôt une cavité complétement indépendante de celle de la tunique vaginale, tantôt une cavité communiquant par un orifice plus ou moins étroit.

Qu'on nous permette de faire ressortir deux conséquences de cette disposition. Nous supposons que le diverticulum épididymaire vienne à se fermer et qu'il se développe comme un kyste. N'aurons-nous pas alors une hydrocèle d'une forme spéciale? Le testicule, l'épididyme seront portés en avant, et ne doit-on pas s'expliquer ainsi le cas où cette disposition insolite a été rencontrée.

L'on sait aussi que certains kystes du scrotum situés dans le voisinage de l'épididyme renferment des spermatozoïdes. Cela se comprend très facilement. Les recherches de M. Gosselin ont prouvé qu'alors il y avait communication avec le canal déférent ou avec les canaux de l'épididyme. Mais pourquoi n'avons-nous pas toujours la même nature du liquide? Nous serions porté à croire que si le kyste n'a pas de spermatozoïdes, il doit avoir une origine différente et le diverticulum épididymaire nous paraît en avoir été le point de départ.

§ 3. — *Diverticulums testiculaires.*

Nous désignons ainsi les prolongements de la tunique vaginale qui répondent au corps du testicule. Ils sont situés dans le feuillet pariétal de la tunique vaginale. On aurait pu les appeler *pariétaux*, mais j'ai dû renoncer à ce mot parce qu'il n'aurait pas établi une distinction suffisante entre les autres diverticulums qui eux aussi existent sur le feuillet pariétal.

Ces diverticulums n'ont été décrits par personne, c'est du moins ce qui résulte de la lecture des ouvrages de Neubauer, de Paletta, de Tabarrani, et de tous les traités récents d'anatomie.

Nous nous expliquons cette omission parce que le plus souvent on s'est contenté d'ouvrir la tunique vaginale pour en faire l'étude. Or, dans ce cas, on n'a jamais la séreuse dans un état de tension suffisante pour laisser voir les ouvertures de ces diverticulums.

On pourrait peut-être dire qu'ils sont un produit de la préparation ; mais nous pouvons affirmer sans crainte de nous tromper qu'il n'y a jamais eu déchirure, ni éraillures dans les cas que nous avons observés. D'ailleurs quand on a pratiqué pendant quelque temps des injections solidifiables dans la tunique vaginale on arrive facilement à distinguer les extravasations de la matière injectée. Dans ce dernier cas, la matière se mélange avec les faisceaux du tissu cellulaire du scrotum, et quand on veut l'extraire après sa solidification, on ne le peut sans opérer des ruptures. Or, quand la matière a pénétré dans un diverticulum on l'enlève avec la plus grande facilité.

D'ailleurs l'existence de ces culs-de-sac dans une séreuse n'a rien qui doive nous surprendre aujourd'hui. L'analogie devait nous porter déjà à les admettre depuis que M. Gosselin a lu à l'Académie de médecine son mémoire sur les follicules qui se trouvent dans les membranes synoviales. Mais M. Corvisart n'a-t-il pas vu des culs-de-sac dans les séreuses du péricarde, et moi-même en 1850, à l'occasion d'un concours dans lequel nous avions à préparer les organes génitaux de la femme, n'ai-je pas constaté maintes fois de pareilles dépressions folliculeuses dans la partie du péritoine qui est entre l'utérus et le rectum.

Ainsi plus de doute sur ce point, les pièces que je mets ici sous les yeux de la Société suffiront pour convaincre les personnes même les plus sévères.

Ces diverticulums peuvent siéger dans tous les points de la tunique vaginale ; j'en ai vu en haut, à la partie moyenne et à la partie inférieure, sur la face externe comme sur la face interne.

Leur nombre sur une même tunique séreuse ne m'a pas paru dépasser deux, le plus souvent je n'en ai trouvé qu'un seul. Quelquefois dans le point où la tunique vaginale se réfléchit des parois pour revêtir le testicule il existe des petites dépressions plus ou moins profondes en forme de

nid de pigeons qui ne sont autre chose que des diverticulums.

Leur *direction* est tantôt perpendiculaire à la surface du feuillet pariétal, tantôt oblique.

Leur *forme* est tantôt arrondie, tantôt aplatie et conique.

Leur *longueur* est de 4 à 5 millimètres.

Leur *largeur* est de 1 à 2 millimètres.

Leur *orifice* dans la tunique vaginale nous a toujours paru plus large que leur cavité.

Les conséquences de l'existence de ces diverticulums sont faciles à prévoir. On s'explique ainsi très nettement la forme de l'hydrocèle en bouton de chemise dont j'ai donné la description dans les *Archives générales de médecine* du mois de juin 1856.

L'on observe assez souvent dans les hôpitaux, sur des hydrocèles volumineuses surtout, des bosselures plus molles que le reste de la tumeur. Si on applique la pulpe du doigt au centre de cette bosselure, on la déprime facilement et l'on plonge ainsi jusque vers le centre de la tumeur. Si dans cette position on presse de chaque côté avec le doigt, on sent un anneau fibreux, résistant, parfaitement arrondi. N'avons-nous pas là un exemple de développement anormal de ce diverticulum? Je suis heureux de pouvoir dire que MM. le professeur Nélaton et Chassaignac m'ont fait voir dans leur service deux cas où cette disposition de l'hydrocèle était très évidente.

Dans ces cas, le développement du diverticulum et de la tunique vaginale s'est opéré d'une manière simultanée et dans une proportion à peu près égale, mais admettons que, pour une cause ou une autre, le diverticulum ne communique plus avec la tunique vaginale, supposons ensuite qu'il se développe isolément, nous aurons un kyste séreux des bourses et alors n'est-il pas permis de se demander si les tumeurs aqueuses du scrotum n'ont pas quelquefois une semblable origine?

RAPPORT

SUR LE

TRAVAIL DE M. BÉRAUD,

Par L. GOSSELIN,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
chirurgien de l'hôpital Cochin.

Pour apprécier à sa juste valeur le travail de M. Béraud, votre commission doit faire deux parts dans la description qu'il a donné des diverticulums vaginaux : l'une qui concerne des faits déjà connus, l'autre qui signale des faits nouveaux. A la première appartient le diverticulum funiculaire. Il a été bien décrit, ainsi que l'auteur lui-même le fait observer, par M. le professeur J. Cloquet, et, depuis, par tous les anatomistes, et on ne manque pas de signaler sa présence constante chez l'enfant pour expliquer le prolongement ordinaire de l'hydrocèle vers l'anneau, à cette époque de la vie.

A la seconde part appartiennent les autres variétés. M. Béraud cite bien M. Cruveilhier comme ayant parlé du diverticulum épididymaire ; mais ce n'était qu'une mention, ce n'était pas une démonstration comme celle qu'a donnée l'auteur. Personne n'avait encore parlé des prolongements testiculaires, ni de leur participation incontestable à la production de l'hydrocèle. Ce sera donc un titre sérieux pour M. Béraud, et votre commission est heureuse de le faire remarquer, que d'avoir, sur un point d'anatomie chirurgicale en apparence bien connu et étudié depuis longtemps, attaché son nom à la description et à la démonstration de détails nouveaux. Nous regrettons seulement que

M. Béraud ne soit pas allé plus loin, et qu'il n'ait pas essayé d'expliquer la présence de ces prolongements. Pour le premier, il y avait peu de difficulté à le faire, et sans aucun doute c'est pour ne pas répéter ce qui est connu de tout le monde, que l'auteur n'a pas dit que l'extension de la tunique vaginale sur le cordon était une condition normale, étroitement liée à l'évolution du testicule, et qui probablement avait pour destination de fournir un revêtement suffisant à cet organe à la dernière phase de son accroissement; car c'est après la puberté que le diverticulum funiculaire commence à diminuer de hauteur, en continuant à offrir les variétés de longueur indiquées par M. Béraud, et démontrées par les moules qu'il a mis sous vos yeux.

Mais il était plus difficile d'expliquer les autres variétés de diverticulums, et c'est ici que de plus amples développements n'eussent pas été superflus. Comme l'auteur présente sous le même aspect le diverticulum funiculaire et les diverticulums de l'épididyme et du testicule, comme pour tout le monde le premier est une disposition normale, comme d'ailleurs l'auteur compare ces derniers aux follicules synoviaux, il est évident que, dans sa pensée, tous les diverticulums sont normaux et non accidentels. Cette manière de voir nous paraît contestable et aurait eu besoin d'être développée et démontrée. Votre rapporteur, qui n'a rien écrit sur ce sujet et qui n'en avait rien communiqué à M. Béraud, a été frappé dans ses recherches sur le testicule et ses dépendances, de la fréquence des prolongements dont il est question, et s'était demandé depuis longtemps s'ils étaient normaux ou pathologiques. C'est peut-être ce qui le rend exigeant aujourd'hui et lui fait regretter de ne pas trouver dans le travail la solution qu'il n'avait pu se donner complétement à lui-même. Il s'était dit cependant que si ces arrière-cavités étaient normales, elles devraient : 1° occuper toujours à peu près la même place, comme cela a lieu pour le diverticulum du cordon;

2° exister, comme ce dernier, à tous les âges, et surtout chez l'enfant à l'époque où la séreuse n'a encore été modifiée ni par les contusions, ni par les maladies. Or, il n'en est pas ainsi. Je les ai très souvent recherchés sur les testicules des jeunes sujets sans pouvoir les rencontrer; je suis sûr, d'autre part, et M. Béraud l'a dit également, que leur position est très variable. Convaincu d'un autre côté, par des études multipliées, que la séreuse testiculaire se modifie avec l'âge par des inflammations légères qui amènent la formation de brides et de plis, là où il n'en existait pas d'abord, j'incline à penser que les diverticulums épididymaires et testiculaires, différents en cela du funiculaire, sont des produits pathologiques, des conséquences de vaginalite partielle amenant des adhérences. Je n'admets pas moins l'opinion de l'auteur sur l'origine qu'ils peuvent donner à l'hydrocèle.

HYPERTROPHIE DE LA PAROTIDE,

MÉMOIRE PRÉSENTÉ A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE,

LE 25 JUIN 1856,

Par le docteur L. J. BAUCHET,

Chirurgien des hôpitaux, lauréat de l'Académie impériale de médecine,
Membre titulaire (ancien vice-président) de la Société anatomique,
Membre de la Société de médecine de la Seine,
Ancien interne, lauréat des hôpitaux.

Toutes les glandes de l'économie sont sujettes à une foule d'altérations, parmi lesquelles la plus importante à étudier et à connaître est, sans contredit, l'*hypertrophie*. Cette lésion a été parfaitement décrite, pour la mamelle, par M. Velpeau, dans son remarquable ouvrage sur les tumeurs du sein. Mais si la glande mammaire a donné lieu à d'importants travaux, il n'en est pas de même des autres glandes.

L'hypertrophie occupe à peine un court chapitre dans les ouvrages qui traitent des maladies des glandes salivaires, et pourtant, après la mamelle, la *Parotide* est bien souvent le siége de cette altération. C'est pour combler, autant que je le puis, cette lacune, que j'ai entrepris ce travail.

En 1854, j'ai observé et opéré une énorme tumeur de la région parotidienne (3 kilogr.). Cette tumeur avait une telle analogie avec certaines tumeurs du sein que j'ai pu, avant l'opération, en établir le diagnostic. Le microscope, et l'examen à l'œil nu ont tout à fait confirmé ce diagnostic. J'ai alors rassemblé toutes les observations de tumeurs semblables que j'ai pu rencontrer, et c'est avec ces matériaux que j'ai fait ce mémoire. Je dois avant tout remercier M. Robert, qui, avec une grande obligeance et une extrême bienveillance, a bien voulu me confier les observations qu'il possédait. Je dirai plus loin comment

le nom de M. Robert doit être attaché à la description de l'*hypertrophie de la parotide.*

M. Robert a donc mis à ma disposition cinq observations qui ne laissent rien à désirer. J'ai trouvé, dans le grand atlas d'anatomie pathologique de M. Lebert, une observation d'hypertrophie parotidienne venant du service de M. Chassaignac (1853). M. Gosselin a extirpé une semblable tumeur, l'année dernière (1855), dans son service à l'hôpital Cochin, et la pièce a été présentée à la Société de chirurgie. Enfin j'ai trouvé dans mes cahiers de notes, un fait d'hypertrophie parotidienne que j'ai recueilli dans le service de M. Velpeau.

A ces neuf observations (en comprenant la tumeur que j'ai opérée), je puis ajouter encore deux autres faits recueillis, l'un dans le service de M. Velpeau, et que je dois à l'obligeance de M. Eugène Nélaton, l'autre dans la clientèle de M. Velpeau (1).

J'aurai pu sans doute, en analysant les observations rapportées par les auteurs, reprendre bien des faits cités comme des exemples de *cancers*, ou de *cancers bénins* de la parotide, et les replacer, à juste titre, dans le cadre des hypertrophies, mais j'ai préféré n'étayer mon travail que sur des observations rigoureuses et ne laissant rien à désirer. Un coup d'œil jeté rapidement sur l'état de la science, sur ce sujet, fera bien comprendre ma pensée et l'utilité de ce mémoire.

ÉTAT DE LA SCIENCE.

La thèse d'A. Bérard est le travail le plus complet que nous possédions, mais on sent à chaque page qu'il ne marche pas

(1) Depuis que ce travail a été présenté à la Société de chirurgie (25 juin 1856), M. Robert a observé deux ou trois autres faits d'hypertrophie parotidienne; M. Velpeau a opéré plusieurs de ces tumeurs, j'en ai vu moi-même deux ou trois, et M. Demarquay a publié plusieurs articles très intéressants dans la *Gazette des hôpitaux*.

franchement dans ses descriptions, qu'il ne comprend pas bien l'hypertrophie de la parotide, et qu'il ne peut pas encore limiter nettement les tumeurs qui doivent être rangées dans cette classe.

M. Nélaton ne consacre qu'un petit article à l'hypertrophie de la parotide (t. II, p. 722). Il se borne à rappeler, à citer quelques faits tirés de la thèse d'A. Bérard, un entre autres fort concluant observé par A. Bérard et M. Denonvilliers. Si M. Nélaton écrivait aujourd'hui ce chapitre, nous n'aurions certainement rien à ajouter.

Boyer (t. VI, p. 253) cite quelques faits qui peuvent se rapporter à la maladie qui nous occupe, un surtout de *Ténon* (1760) observé sur un enfant d'un an. Boyer emploie le terme *exubérance*, que nous trouvons aussi dans Sabatier, parce que les tumeurs auxquelles s'applique cette dénomination ressemblent aux engorgements chroniques des amygdales. Sabatier a observé deux fois un fait semblable. Rochoux (t. XXIII, p. 169 du *Dict.* en 30 vol.) signale aussi l'hypertrophie de la parotide; il en distingue même plusieurs variétés.

« Sabatier a signalé, dit-il, le développement anormal de » cette glande, qui avait un volume trois ou quatre fois plus » considérable qu'à son état normal. Ce développement tenait » tantôt à l'hypertrophie de la parotide, tantôt à l'hypertrophie » du tissu cellulo-graisseux interlobulaire. »

Il recommande de ne pas confondre cette altération avec le cancer (squirrhe) reconnaissable à sa forme ordinairement moins égale, à sa résistance, ou plutôt à sa dureté, à son adhérence, à son immobilité complète. Je pourrais encore ajouter d'autres noms à ceux que je viens de citer; mais en voilà assez pour montrer que les auteurs ont indiqué plutôt qu'ils n'ont décrit l'hypertrophie de la parotide.

Bien des tumeurs sans doute ont été enlevées dans la région parotidienne, qui avaient été prises pour des cancers, ou pour

des tumeurs ganglionnaires, et qui n'étaient autre chose que des hypertrophies de la parotide. Tout récemment encore nous trouvons dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, une observation de M. Gensoul (3 septembre 1851) que l'on peut citer à l'appui de cette assertion : « Le tissu de la tumeur était celui » du cancer vasculaire encéphaloïde; c'est-à-dire un mélange » de parties lardacées, dures, à l'état cru, et de points ramol- » lis, noirâtres, au centre desquels étaient quelques kystes rem- » plis d'un fluide sanieux mêlé de sang. » Or cette observation a trait à une jeune fille de vingt-neuf ans; la tumeur datait de quinze ans, elle était bien limitée, il n'y a pas eu de récidive... Si l'on réfléchit que le cancer à cet âge (quatorze ans) revêt ordinairement la forme encéphaloïde, que ces productions hétéromorphes se développent avec une grande rapidité, on peut dire que l'observation de M. Gensoul doit rentrer d'une manière incontestable dans la classe des tumeurs bénignes.

M. Maisonneuve, à propos du fait de M. Gensoul, adoptait cette conclusion que « par un privilége spécial, les cancers de la » glande parotide ont une moindre tendance que beaucoup » d'autres à la récidive et à la généralisation. »

M. Robert prit la parole et s'éleva contre la proposition trop absolue du rapport de M. Maisonneuve.

« Le cancer de la parotide n'a pas cette immunité, dit-il ; » quand il n'y a pas de récidive, a-t-on réellement affaire à un » véritable cancer?

» Depuis quelque temps j'ai eu l'occasion d'enlever des tu- » meurs parotidiennes qui me paraissaient bien évidemment » cancéreuses. Eh bien ! dans ces cas un examen microscopique » nous démontra de la manière la plus évidente que les tumeurs » enlevées étaient formées par l'hypertrophie d'un ou plusieurs » lobes de la glande parotide, dont le microscope retrouvait » tous les éléments. Ainsi, l'hypertrophie glandulaire ne se ren-

» contre pas seulement dans la glande mammaire, mais encore » dans les glandes salivaires. »

M. Maisonneuve répondit : « En écrivant ce rapport, j'avais » été frappé du vague qui existe encore sur les tumeurs paroti- » diennes, et je me suis demandé si certains éléments de la glande » en s'hypertrophiant ne donneraient pas lieu à une tumeur. Je » suis heureux de voir que M. Robert a constaté ce que j'avais » supposé *à priori*, par l'absence de reproduction que l'on ob- » serve assez souvent à la suite d'ablation de ces tumeurs paro- » tidiennes. J'ai eu l'occasion d'enlever une tumeur développée » dans cette région, et qui s'était reproduite après une première » ablation faite par Blandin, et il n'y a point eu de récidive. »

M. Robert va plus loin : il possède des observations sur lesquelles il ne peut rester aucun doute. M. Lebert les a examinées, les a décrites (1), et l'on verra, par l'époque où M. Robert les a recueillies, que quand il émettait son opinion à la Société de chirurgie, elle était bien fondée.

M. Maisonneuve, dans ses leçons sur les maladies cancéreuses professées à l'hôpital Cochin (1852), dit en parlant des hypertrophies glandulaires : « J'en ai vu plusieurs remarquables dans la glande parotide, et dernièrement encore, j'ai eu l'occasion d'extirper une tumeur de ce genre que des chirurgiens très expérimentés avaient considérées comme un cancer. »

Si M. Velpeau a souvent décrit ces tumeurs parotidiennes dans ses leçons cliniques, il a aussi nettement indiqué leur nature et leurs diverses formes, en les rapprochant des tumeurs mammaires, dans l'une et l'autre édition du *Traité des maladies du sein* (2).

(1) *Traité d'anatomie pathologique générale*. Paris, 1857, t. I.

(2)..... « Des tumeurs presque en tout semblables aux adénoïdes du sein ont été ren- » contrées en effet par moi et par d'autres chirurgiens, dans la *parotide* et la *région* » *parotidienne*, dans la bouche..., etc. » (M. Velpeau, 2e édition, p. 229.)

Voilà, en résumé, le résultat des recherches auxquelles je me suis livré. J'aborde maintenant le sujet qui va m'occuper, et je le diviserai de la manière suivante :

I. Résumé des observations et faits qui serviront de base à ce travail.
II. Coup d'œil rapide sur la région parotidienne et la glande parotide.
III. Diverses variétés d'hypertrophie parotidienne.
IV. Anatomie pathologique.
V. Étiologie.
VI. Débuts, symptômes, marche de la maladie.
VII. Complications.
VIII. Diagnostic.
IX. Pronostic.
X. Traitement.
Résumé. — Observations.

I. *Résumé des observations rapportées à la fin de ce travail.*

Des onze observations que j'ai choisies, dix sont relatives à des femmes, une seule a été trouvée sur un homme. Les numéros 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 et 11 ont été étudiés au microscope, et ne laissent rien à désirer. Le numéro 8 est tout aussi concluant, surtout parce que la tumeur a été examinée par M. Velpeau qui connaît si bien les tumeurs, et celles-ci en particulier.

Le numéro 4 a été observé par M. Robert, c'est le fait le plus intéressant. En somme :

Nº 1 (1854). Femme de soixante-sept ans. — Tumeur datant de vingt-deux ans, pesant trois kilog., née sans cause appréciable, s'étant développée lentement, petit à petit. — Extirpation. — Guérison. — Tumeur présentée par moi à la Société de chirurgie.

Nº 2 (1850). Femme de trente-cinq ans. — Tumeur datant de cinq ans. — Surdité. — Difficulté de la mastication et de la

phonation.— Extirpation. — Hémiplégie faciale. — Tumeur formée de tissu fibro-plastique et de culs-de-sac glandulaires (Robin).

N° 3 (1851). Femme de quarante-trois ans.—Tumeur datant de neuf ans.— Opération.— Hémiplégie faciale.— La pièce est envoyée à M. Lebert, qui reconnaît qu'elle est constituée par une hypertrophie glandulaire.

N° 4 (1851). Femme de trente-deux ans, opérée par Blandin en 1847, alors que la tumeur datait de dix ans, ayant débuté par conséquent à l'âge de seize ans. — Récidive. — M. Robert diagnostique, en 1856, une hypertrophie parotidienne; l'opération est pratiquée en 1857, et l'examen de la tumeur à l'œil nu et au microscope vient confirmer le diagnostic.

N° 5 (1853). Femme de quarante ans. — Tumeur datant de huit ans.— Opération. —Fistule salivaire. — M. Lebert a donné une note détaillée sur la structure de cette pièce.

N° 6 (1853). Femme de vingt-deux ans.—Tumeur datant de deux ans. — Opération. — Hémiplégie faciale. — Pièce examinée par M. Lebert.

N° 7 (1855). Homme de soixante et un ans.—Tumeur datant de vingt-cinq à trente ans. — Opération. — Fistule salivaire. —Pièce présentée à la Société de chirurgie, examinée par MM. Robin, Broca, Gosselin et moi-même.

N° 8 (1852). Femme de vingt-trois ans.— Vers seize ans apparition de la tumeur.— Opération. —Fistule salivaire. —Pièce examinée par M. Velpeau et moi-même.

N° 9 (1856). Jeune femme de vingt-huit ans. —Tumeur datant de vingt ans. — Diagnostic porté par MM. Robert, Verneuil et moi, avant l'opération. —Pièce examinée par MM. Robin, Verneuil et moi-même. —Opération.— Guérison.— Pas de fistule salivaire. — Pas de paralysie faciale.

N° 10. Femme de quarante-deux ans.—Tumeur datant de sept ans, diagnostiquée avant l'opération par M. Velpeau, MM. Guyon

Nélaton, Binet, internes du service, et moi; examinée au microscope par MM. Robin et Nélaton, et présentée à la Société de chirurgie par moi. — On voyait sur cette pièce quelques points cartilagineux.

N° 11. Tumeur observée par M. Velpeau, sur une dame dont le nom a fait grand bruit; diagnostiquée par M. Velpeau, c'est le plus bel exemple de tumeur adénoïde que j'aie rencontré.

Enfin deux pièces présentées à la Société anatomique par M. Guyot, et qui était constituées par une tumeur fibreuse dans presque tous ses points; l'autre par M. Barbrau, et qui renfermait de petits calculs. Tels sont les matériaux que j'ai réunis, et sur lesquels j'ai étayé ce travail que j'ai présenté à la Société de chirurgie.

II. *Région parotidienne.*

La glande parotide est logée dans une excavation pyramidale, limitée : en haut, par le conduit auditif; — en bas, par une aponévrose qui, partant de l'angle de la mâchoire et du ptérydoïdien interne, vient s'épanouir sur les muscles styliens et le digastrique et les engaîne, tendue comme un voile entre la glande parotide et la glande sous-maxillaire; — en avant, par le bord postérieur de la branche montante de la mâchoire, des muscles ptérygoïdien interne et masséter; mais comme la branche de la mâchoire dépasse un peu en arrière le bord de ces deux muscles, elle est reçue dans un sillon creusé sur la face antérieure de la glande : une bourse synoviale sépare l'os maxillaire de la parotide (Triquet); — en arrière, par l'apophyse mastoïde, la partie supérieure du bord antérieur du sterno-mastoïdien, le muscle digastrique. Son sommet répond à l'apophyse styloïde, et au bouquet de Riolan. Sa base est sous la peau, dans l'excavation comprise entre la branche de la mâchoire et le sterno-mastoï-

dien, que j'appellerai mastoïdo-maxillaire. Elle est fixée dans cette position par la peau et une aponévrose assez dure, résistante. Suivant M. Triquet, la glande parotide enverrait quelquefois un prolongement, *toujours au moins* un ou deux grains glanduleux, entre l'apophyse styloïde (et les muscles qui en partent) et le muscle ptérygoïdien interne. Je ne comprends pas bien, je l'avoue, cette disposition signalée par M. Triquet. Le sommet de la glande pénètre, suivant les sujets, plus ou moins profondément, et je n'ai jamais rencontré de ces lobules isolés. Comment viendraient-ils ensuite se rendre dans les canalicules dont la réunion constituera plus tard le conduit de Sténon?

Mais si, profondément, il ne doit pas exister de lobules distincts du corps de la glande, il n'en est plus de même du côté de la peau.

Là rien n'empêche ces grains glanduleux de s'ouvrir directement dans le canal de Sténon. Aussi trouve-t-on, à sa base, un groupe de grains glanduleux, formant comme une glande accessoire, extra-aponévrotique, suivant le conduit de Sténon. Cette petite glande est située au-devant du masséter; elle est un peu allongée; elle se termine en s'effilant, à mesure qu'elle s'avance sur la joue. J'insiste sur cette disposition, parce qu'elle permet de diviser les hypertrophies parotidiennes en deux groupes distincts, suivant que l'altération porte sur le corps de la glande elle-même, ou sur ces grains glanduleux supplémentaires. De la différence de rapports de ces deux portions de la parotide résultent des différences dans les symptômes, dans la marche, dans le pronostic, dans la thérapeutique des tumeurs de cet organe.

Suivant la plupart des anatomistes, cette loge, cette excavation, dont je viens de donner les limites, renferme, outre la glande elle-même, des ganglions lymphatiques. Ces ganglions, observés par MM. Huguier, Denonvilliers, ont été plus récemment bien

injectés par M. Sappey. On en trouve profondément vers le sommet de la parotide; on en *rencontrerait* aussi *dans la glande*, et à sa périphérie.

Des artères, des veines, des vaisseaux lymphatiques, des nerfs viennent aussi ramper et s'épanouir soit dans la glande, soit autour d'elle,

Sur sa face antérieure, nous trouvons l'artère maxillaire interne; sur sa face postéro-inférieure, les artères auriculaire, occipitale; à sa base, la temporale; vers son sommet, la carotide interne. Mais le rapport le plus important est sans contredit celui qu'elle affecte avec la carotide externe. M. Triquet a fait à ce sujet d'intéressantes recherches que l'on peut résumer par les propositions suivantes :

La glande fournit à l'artère une simple gouttière, correspondante à son sommet; la glande fournit à l'artère, à son sommet, un canal complet;

L'artère est cachée par le bord postérieur de la mâchoire;

Enfin, l'artère n'a avec la glande que des rapports de voisinage, et la glande a pu être extirpée sans ouvrir ce vaisseau important.

Je ne dirai rien de particulier sur les lymphatiques pas plus que sur les veines. Je rappellerai seulement le plexus veineux pharyngien.

Quant aux nerfs, les uns ont des rapports intimes, d'autres des rapports de voisinage. Je ne m'arrêterai pas à ces derniers, je ne ferai que signaler les filets émanés du plexus cervical. Mais j'insisterai sur le nerf facial, et encore ici j'emprunterai au mémoire de M. Triquet les trois propositions suivantes : Le nerf facial traverse la glande de haut en bas et d'arrière en avant; quelquefois *il se divise* dans son épaisseur. Le nerf facial, au lieu de décrire un angle obtus, décrit quelquefois un angle très aigu, et gagne tout de suite le bord antérieur de la glande;

mais le tronc du nerf est encore au moins à *demi recouvert* par le tissu de la parotide. Le nerf facial est *simplement accolé* à la face profonde de la glande; de façon que la parotide aurait pu être enlevée sans lésion du tronc du facial. Enfin M. Triquet a *rencontré une fois un petit ganglion placé entre le tronc du nerf et la glande*.

En règle très générale, le nerf facial doit donc être divisé quand on extirpe toute la glande parotide. Mais en sera-t-il toujours ainsi? L'hypertrophie partielle ne peut-elle pas porter sur les lobules inférieurs de la glande? et dans ce cas le nerf facial ne pourra-t-il pas être épargné? Et quand l'hypertrophie aura son siége dans les grains glanduleux qui accompagnent le conduit de Sténon, comme la tumeur aura alors de la tendance à se porter en bas et en avant, ne doit-on pas, dans ces circonstances, épargner le nerf facial? Ces considérations fort intéressantes doivent dominer la médecine opératoire; le chirurgien ne doit pas les perdre de vue, afin de chercher, autant que possible, à éviter la lésion de ces organes importants.

Jusqu'à présent nous n'avons fait qu'étudier les parties qui environnent la parotide, et cependant il ne faut pas passer sous silence sa structure intime, car si l'altération qui nous occupe peut dans certains cas envahir également toute la glande, bien souvent elle n'attaquera qu'un ou plusieurs de ses éléments.

Je ne reviendrai sur les ganglions lymphatiques que pour dire que je suis loin d'admettre qu'il en existe dans le centre même du tissu de cet organe, je n'en ai jamais rencontré. Je ne sache pas qu'ils aient jamais été injectés et disséqués. M. Robin, dans l'article PAROTIDE du *Dictionnaire de Nysten*, n'en fait pas mention. Il est possible de croire que l'on a admis leur existence pour expliquer la formation de certaines tumeurs dont on ne se serait pas rendu compte sans cette supposition, des tumeurs hypertrophiques par exemple

La glande elle-même est constituée par les éléments glandulaires, et par une trame fibreuse qui l'enveloppe, qui envoie des prolongements entre les divers lobes, les divers lobules, qui la cloisonne, qui lui sert de soutien, de squelette. Son tissu est résistant, d'un blanc grisâtre, composé de granulations réunies en lobules et en lobes irréguliers, séparés les uns des autres par du tissu cellulaire qui forme cette trame dont je viens de parler, et donnant naissance à des ramuscules excréteurs, qui se réunissent pour former un canal unique (conduit de Sténon), c'est une glande en grappe composée. Chaque cul-de-sac glandulaire offre 5 ou 6 centièmes de millimètre de large. Il a une paroi homogène, transparente, assez résistante. La structure de cette glande est plus ou moins serrée, le parenchyme plus ou moins ferme, selon qu'il s'agit de la parotide, ou de son accessoire. Il n'y a généralement qu'un seul noyau dans chaque cellule. *Des vésicules adipeuses* sont interposées aux acini.

En conséquence nous trouvons :

Du tissu glandulaire — du tissu fibreux — de la graisse — du tissu élastique, concourant à la constitution des canaux excréteurs et des vaisseaux.

Pour la parotide, comme pour toutes les glandes, il y a deux éléments distincts : l'élément sécréteur et l'élément excréteur: les acini et les culs-de-sac glandulaires, avec leur épithélium nucléaire et leurs granulations moléculaires, et les canaux avec leurs fibres élastiques, leur tissu cellulaire, leur épithélium pavimenteux. Enfin, contrairement à ce qu'on voit dans les organes qui ne sont pas des glandes, tels que les reins, etc., les réseaux vasculaires n'offrent aucune disposition spéciale.

Après avoir exposé d'une manière rapide les points principaux de l'anatomie de la région et de l'organe qui vient nous occuper, entrons dans la description de l'hypertrophie parotidienne.

III. *Diverses variétés d'hypertrophie parotidienne* (1).

L'hypertrophie de la parotide, de même que l'hypertrophie mammaire, peut revêtir des types différents et se présenter sous des formes diverses. Or, en se fondant sur les recherches cliniques et anatomo-pathologiques, on peut admettre trois variétés principales de cette lésion suivant son *étendue*, son *siége*, sa *nature*.

Première variété. — L'hypertrophie peut être *générale* ou *partielle*.

Les faits d'exubérance de la parotide, cités par Boyer, Ténon, Sabatier, etc., se rapportaient sans doute à l'hypertrophie générale. Cependant les observations de ces auteurs laissent trop à désirer pour être comptées comme des faits concluants et irréprochables, et je me borne à les rappeler ici.

Je n'ai trouvé dans mes observations que des exemples d'hypertrophie partielle.

Deuxième variété. — L'hypertrophie est ou *superficielle* ou *profonde*, ou *interstitielle*; *circonscrite* ou *diffuse*.

Les faits que j'ai cités se rapportent tous à des hypertrophies partielles de la parotide; tantôt diffuses (nos 2, 3, 5, 6), tantôt circonscrites (nos 1, 7, 8, 9, et 11).

Les exemples d'hypertrophie circonscrite se rattachent bien évidemment à des hypertrophies superficielles. Dans les cas d'hypertrophie diffuse, la lésion était en même temps et superficielle et interstitielle; c'est-à-dire qu'elle occupait les lo-

(1) J'ai longtemps hésité avant de préférer le mot *hypertrophie* au terme *adénoïde*. Cette expression rappelle en effet une classe de tumeurs du sein, si bien décrites par M. Velpeau. Je renvoie au remarquable article de M. Velpeau (2e édition, p. 229 et sq); ce qui a été dit des tumeurs adénoïdes ou hypertrophiqeus du sein peut s'appliquer aux tumeurs de la parotide dont nous nous occupons.

bules centraux et les lobules de la base de cette glande salivaire. Peut-être, avec un peu d'attention, aurait-on pu, dans un ou deux cas, constater que l'altération siégeait au centre de la parotide et avait atrophié les lobules plus superficiels. Mais ce fait, il faut l'avouer, est plus difficile à vérifier dans la parotide que dans la mamelle; aussi presque toutes les observations laissent encore à désirer à ce point de vue. On peut facilement admettre (et la raison accepte bien cette supposition) que du moment qu'il existe bien évidemment des hypertrophies parotidiennes partielles, l'hypertrophie sera, suivant les circonstances, tantôt superficielle, tantôt centrale, tantôt profonde. J'irai plus loin, et je trouve même dans le Mémoire de M. Triquet (1) un fait qui vient à l'appui de mon hypothèse. Il s'agit d'une tumeur ganglionnaire (?) située dans le fond de l'excavation parotidienne (j'aurai à revenir encore sur cette observation) : elle ressemble si bien aux tumeurs hypertrophiques de la glande parotide, que je puis l'invoquer ici ; non pas que je rejette absolument l'épithète que lui a donnée M. Triquet, car « M. Robin a examiné la pièce, et a trouvé qu'elle était de nature ganglionnaire »; mais à cette époque, les tumeurs glandulaires étaient bien moins connues qu'aujourd'hui. Quant à la variété dite *interstitielle*, voici un fait qui s'y rapporte qui me paraît bien digne d'être mentionné.

En 1854, je fus consulté par un homme, âgé d'une trentaine d'années, et qui m'était adressé par M. le docteur Hanguillart (de la Bassée). Cet homme présentait une petite tumeur dans la région parotidienne. Cette petite tumeur datait de cinq à six ans; elle était indolente, sans changement de couleur à la peau, mobile sous la peau, paraissant un peu adhérente profondément. — Je diagnostiquai une tumeur ganglionnaire; et comme cette tumeur donnait lieu à une petite difformité, que le jeune homme

(1) *Archives générales de médecine*. Juin 1852, 4e série, t. XXIX.

désirait vivement en être débarrassé, je procédai à son extirpation. J'incisai la peau, le tissu cellulaire sous cutané, et je tombai sur la parotide que je reconnus très aisément. La tumeur était placée sous une couche glandulaire assez mince, d'un à deux millimètres au plus; et située dans une loge creusée au centre de la parotide ; elle put être facilement énucléée, et ressemblait tout à fait par sa couleur jaunâtre, son tissu friable, granuleux, ses petits lobules, dont la réunion constituait toute la pièce; elle ressemblait, dis-je, aux petites tumeurs adénoïdes du sein, si bien décrites par notre maître, M. Velpeau. —Bandelettes de taffetas d'Angleterre. Pansement simple.— La plaie guérit par première intention.—Or cette tumeur était bien réellement interstitielle, et si elle avait eu un développement plus considérable, n'aurait-elle pas fini par atrophier la glande en prenant toute la place occupée par celle-ci?

Troisième variété. — La troisième variété d'hypertrophie, fondée sur la *nature* de la lésion, est la plus importante. Elle varie suivant que l'altération est plus spécialement composée d'éléments glandulaires, ou d'éléments fibreux, ou d'éléments épithéliaux, ou d'éléments graisseux, ou de tous ces éléments à la fois, avec ou sans production de tissu fibro-plastique. Le tableau suivant montre, d'un seul coup d'œil, les diverses variétés d'hypertrophie que je viens d'énumérer:

1° HYPERTROPHIE (*étendue*)	générale. partielle.	
2° HYPERTROPHIE (*siége*)	superficielle interstitielle profonde	circonscrite. diffuse.
3° HYPERTROPHIE (*nature*)	glandulaire. épithéliale. fibreuse. cartilagineuse. graisseuse. avec production de tissu fibro-plastique.	

On peut donc, en analysant tous les faits que nous possédons, arriver à établir toutes les classes, ou plutôt toutes les divisions et sous-divisions indiquées dans ce tableau; mais chaque tumeur rentre nécessairement et à la fois dans chacune des trois grandes catégories. Tous ces groupes pathologiques basés sur l'anatomie se retrouveront, du reste avec toute leur importance, dans l'histoire clinique des tumeurs parotidiennes, que nous tracerons plus loin.

IV. *Anatomie pathologique.*

Avant d'étudier les tumeurs hypertrophiques de la parotide en elles-mêmes, jetons un coup d'œil rapide sur l'*état de la peau* qui les recouvre; du *tissu cellulaire* environnant, des *parties voisines*, des *vaisseaux* et *nerfs;* en un mot sur l'atmosphère qui les enveloppe.

État de la peau. — La peau est saine, sans adhérences anormales avec la masse morbide, à moins que celle-ci n'ait été le siége d'un travail inflammatoire accidentel. Elle glisse facilement sur la tumeur; le *tissu cellulaire* sous-cutané est aussi parfaitement intact, et parfois étalé en membrane. On rencontre quelquefois dans la peau de petites arborisations rouges, ou même des veinules dilatées, de petites varices; mais cette altération a son siége dans la peau elle-même, et n'a aucune connexion intime avec la tumeur glandulaire; elle résulte de l'amincissement plus ou moins prononcé de la peau, et de la gêne de la circulation cutanée. La peau est, dans l'immense majorité des cas, libre d'adhérences, et la tumeur, en se développant, attire à elle les téguments voisins, la peau de l'oreille, de la face. Cette disposition était surtout bien marquée dans l'observation n° 1.

Si la tumeur s'enflammait et qu'il se formât des trajets fistuleux, la peau, sans doute, contracterait des adhérences avec elle; mais ces ulcérations auraient l'aspect caractéristique des

eschares que l'on observe quelquefois dans les tumeurs adénoïdes énormes de la mamelle.

Les *parties voisines* sont saines, les ganglions ne participant point à la lésion glandulaire, à moins qu'une cause indépendante de la maladie elle-même ne vienne à les irriter : une excoriation, une écorchure, une eschare, etc.

La portion cartilagineuse du *conduit auditif*, refoulée quelquefois en haut par la tumeur, se rétrécit, et ce rétrécissement peut devenir une cause de surdité.

Le *nerf facial* est tantôt placé derrière la tumeur, tantôt au-devant d'elle, tantôt au contraire il passe au milieu de ses lobules. Ces rapports varient suivant l'étendue et le siége primitif de la maladie. Rarement les divers filets nerveux ou le tronc principal sont assez comprimés pour déterminer une paralysie faciale : cette lésion existait cependant à un degré peu prononcé dans le fait n° 10.

Les *vaisseaux* importants, tels que la carotide, la temporale, la maxillaire interne, ont des rapports différents suivant l'étendue et le siége de la lésion. C'est ainsi que parfois la carotide traverse la tumeur, parfois, au contraire, est située profondément derrière elle.

On a beaucoup écrit sur la possibilité d'enlever la parotide sans toucher le nerf facial et la carotide externe. Or les rapports anatomiques normaux de cette glande avec ces organes importants nous montrent que chez presque tous les sujets la parotide est traversée par l'artère carotide, ou le nerf facial, ou par ces deux organes à la fois. Et cependant combien de faits dans lesquels on a prétendu avoir enlevé la glande en respectant nerf et artère! Ces coïncidences, *si souvent*, *trop souvent heureuses*, étaient rapportées au hasard, le fait prenait rang dans la science, et on n'allait pas plus loin. Or l'explication de ces anomalies *si fréquentes* me paraît maintenant toute naturelle : on croyait enlever

toute la parotide, alors qu'on n'avait affaire qu'à une hypertrophie partielle, plus ou moins volumineuse de cette glande; et cette tumeur, en se développant, refoulait en dehors ou en dedans nerf et artère, et atrophiait le reste de la parotide. Tel est le fait si remarquable de M. Denonvilliers, rapporté par M. Triquet.

La masse morbide se présente sous deux aspects variables, qui ont été bien étudiés par M. Velpeau dans son remarquable travail sur les maladies du sein, et que nous retrouvons ici; tantôt elle est bien limitée, entourée de toute part d'une enveloppe qui semble l'isoler des parties voisines, elle est *enkystée* en un mot; tantôt elle fait simplement un relief, la partie hypertrophiée est confondue avec la partie saine, et il est assez difficile de bien saisir les limites qui séparent ces deux portions.

Dans le premier cas, on peut énucléer la tumeur; dans le second, il faut, pour l'enlever, couper, tailler dans la glande qui a conservé ses caractères normaux. Ici c'est l'hypertrophie diffuse, là c'est l'hypertrophie circonscrite. Les observations que j'ai rapportées montrent très bien ces divers états de l'hypertrophie parotidienne.

Quant à la tumeur elle-même, elle doit être examinée: 1° *à l'œil nu* et 2° *au microscope*.

1° *A l'œil nu*, nous avons à étudier son étendue, son siége, son volume, sa forme, sa consistance, sa couleur.

Étendue. — L'altération est *générale* ou *partielle*. Si elle est générale, elle forme une masse inégale, bosselée, remplissant toute l'excavation parotidienne et comprimant même les parties environnantes. Elle fait surtout un relief très marqué sous la peau, du côté où la masse morbide peut croître plus à son aise. On peut comparer alors ces tumeurs à un gros champignon dont le pédicule s'implante dans le creux parotidien, et dont le chapiteau s'étale sous les téguments. De cette résistance inégale que

les parties circonvoisines opposent au développement de l'hypertrophie, résulte aussi une différence de consistance. La tumeur sera plus dure dans l'excavation parotidienne, plus molle, plus élastique du côté de la peau ; il n'y a plus de grains parotidiens normaux ; le conduit de Sténon est atrophié, comprimé par la masse morbide, la salive n'est plus sécrétée. Cette altération est rare, et j'ai dû esquisser ce tableau en me fondant sur les observations imparfaites que j'ai signalées plus haut, et surtout sur l'observation de M. Triquet.

L'hypertrophie partielle est relativement très fréquente, c'est la seule que j'aie observée et dont j'aie donné des observations. Que devient la parotide dans des cas semblables ?

Siége. — Si l'hypertrophie siége à la base de la glande ou dans les grains glanduleux qui entourent le conduit de Sténon, la tumeur peut croître à son aise, sous la peau, la glande conserve ses caractères normaux. Elle présente seulement une légère dépression dans les points où elle touche à la masse pathologique.

Si l'hypertrophie est diffuse, la tumeur tient dans l'excavation parotidienne, c'est alors une masse implantée sur les grains glanduleux sains de la parotide. Les conduits salivaires sont atrophiés dans la partie malade, mais ils conservent leur calibre et leur perméabilité, et la glande continue d'accomplir ses fonctions dans la partie sous-jacente. Si l'hypertrophie était interstitielle, c'est-à-dire si elle occupait les lobules centraux de la parotide, sans atteindre les lobules périphériques, qu'arriverait-il?

Ici je dois faire des hypothèses et invoquer les lésions que l'on a observées dans la mamelle pour des cas semblables. La tumeur en grossissant doit refouler en dedans et en dehors les grains glanduleux sains ; doit tendre surtout à s'échapper vers la peau, parce qu'elle rencontre de ce côté moins de résistance, et atrophier en grande partie la glande salivaire, ou tout au moins les lobules les plus superficiels. On retrouverait alors au

pourtour de la tumeur, une couche mince, blanchâtre que l'on reconnaîtrait pour la parotide. C'est encore sur des hypothèses que je dois raisonner pour ce qui a rapport à l'hypertrophie profonde de cette glande. Cependant je trouve dans le Mémoire de M. Triquet un fait qui me met à l'aise pour faire ces diverses suppositions.

Voici le fait en quelques mots :

En 1847, M. le professeur Denonvilliers enlève une tumeur énorme, *ganglionnaire*, occupant toute la région parotidienne. Au fond de la plaie on sent battre la carotide externe, les doigts touchent à nu l'apophyse styloïde et les muscles qui en naissent. La tumeur a débuté en 1844. Elle a grossi lentement jusqu'en 1846; alors elle a augmenté plus rapidement de volume, *probablement parce que la résistance qui s'opposait à son développement a été vaincue;* c'est un malade d'une bonne constitution, nullement lymphatique ; il n'y a rien à la peau, il n'y a rien vers l'os maxillaire, il n'y a rien dans les parties voisines. La tumeur est bien limitée. Quand après l'extirpation on l'examine, on voit qu'elle est constituée par *une masse ganglionnaire hypertrophiée, et superficiellement sous la peau, on trouve la glande parotide qui a été atrophiée, étalée.* J'ai revu le malade au commencement de cette année (1856), la guérison s'est invariablement maintenue; l'excavation parotidienne présente un creux, par lequel la main plonge derrière le pharynx ; l'hémiplégie faciale persiste.

Supposez par la pensée une hypertrophie d'un des lobes profonds de la parotide, et vous retrouverez le même cortége d'altérations.

Volume. — Le volume de ces tumeurs est variable : variable suivant le siége, suivant que l'hypertrophie est superficielle ou profonde ; variable suivant la nature de l'altération ; variable suivant l'âge de la maladie. Depuis le volume de la tumeur que j'ai enlevée (3 kilogr.) jusqu'à celui des diverses tumeurs que j'ai

décrites dans mes observations (1), il y a tous les intermédiaires possibles. J'ajouterai seulement que ces masses, en se développant, produisent de la difformité dans le cou, dans la colonne cervicale; difformité, courbure déterminées par le poids de la tumeur, et aussi par l'action des muscles qui soutiennent la tête.

Forme. — La forme de ces productions est variable. Elles sont bosselées, irrégulièrement arrondies; et ces bosselures sont tantôt petites, serrées; tantôt, au contraire, plus grosses et moins nombreuses.

Jusqu'à ce que la tumeur ait atteint un volume assez considérable, elle est ovoïde, conoïde, et sa base est implantée dans l'excavation parotidienne, tandis que son sommet correspond à la peau. On dirait d'une poire fixée sous la peau.

Consistance. — La consistance de ces hypertrophies est aussi variable; dans certains cas, dure, ferme, résistante, presque ligneuse (obs. de M. Gosselin), dans d'autres, molle, dépressible, élastique (obs. 9 et autres), ou bien presque fluctuante (obs. 1). Mais dans aucune circonstance on ne rencontre cette sensation pâteuse, cette sensation de mollesse propre aux ganglions engorgés et surtout ces lobules si distincts parmi lesquels les uns sont mous, d'autres franchement fluctuants et quelques-uns en voie de ramollissement.

La consistance des tumeurs hypertrophiques varie donc suivant leur nature; elle varie aussi quand elles renferment des kystes, suivant le siége de ces kystes.

Kystes. — Les kystes sont de diverses espèces; on peut les distinguer en grands et petits kystes.

Les petits kystes ont pour point de départ les culs-de-sac glanduleux, les acini, ils ont été observés dans la parotide comme dans toutes les glandes. Partout où il existe un acinus, cet acinus est, pour ainsi dire, tout prêt à donner naissance à un kyste,

(1) Et celles qui ont été rapportées par M. Demarquay.

et le mécanisme de ces productions se comprend sans peine. On assistait à la formation de ces petites vésicules, dans la pièce tirée du grand Atlas de M. Lebert. La paroi de ces petits kystes est peu épaisse, transparente, le liquide tient des caractères de la salive parotidienne, il est aqueux, clair, limpide. Il peut devenir filant et rougeâtre, en se mêlant à une petite quantité de mucus ou de sang. Le nombre de ces petits kystes est variable. On les a vus constituer à eux seuls presque toute la tumeur; mais s'il n'en existe que quelques-uns, si surtout ils sont situés au centre de la pièce pathologique, ils peuvent passer inaperçus sur le vivant, et ce n'est qu'en ouvrant la tumeur enlevée qu'on en reconnaît l'existence.

Les grands kystes ont tantôt la même origine; tantôt ils ont leur point de départ dans les canaux et canalicules salivaires, accidentellement comprimés ou oblitérés partiellement. Il y avait un kyste pouvant recevoir une petite noisette, et renfermant un liquide rougeâtre, filant dans la tumeur de l'obs. n° 7. On peut constater aisément l'existence de ces kystes glandulaires.

D'autres fois la consistance sera toute différente : au lieu d'une poche pleine d'un liquide séreux, hématique, etc., ce sont de *petits calculs* que l'on trouve dans ces tumeurs, et ces petits calculs donnent au doigt une sensation caractéristique particulière.

Je renvoie à la note qui précède l'obs. 9. Quand on incise ces tumeurs avec un bistouri, par places, la lame pénètre sans résistance, ailleurs le tissu crie sous le scalpel. A ces divers états correspond un aspect différent.

Couleur. — Ici c'est une teinte blanchâtre, grisâtre, qui rappelle le tissu fibreux et le cartilage; là c'est une coloration jaunâtre, ambrée, un aspect grenu, une tumeur lobulée, dont on peut séparer les différents lobules, comme on ferait de grains de raisin juxtaposés; plus loin, c'est un tissu jaunâtre, rougeâtre,

ressemblant à une tranche de beurre, par son homogénéité, — le tissu fibro-plastique, en un mot ; et puis par places, la coloration normale de la glande. Ces divers aspects peuvent se retrouver dans une même pièce, ou s'observer dans des tumeurs différentes, suivant la nature de la lésion que l'on a sous les yeux.

Ces tumeurs ne présentent jamais la coloration blanche et la consistance molle, fluctuante, de l'encéphaloïde, ni la couleur grise, et la coupe dure et ligneuse du squirrhe. Jamais on n'aperçoit de *suc* blanchâtre, miscible à l'eau, caractéristique.

On voit quelquefois des épanchements sanguins, comme dans la pièce de l'obs. 1, mais ces épanchements sont nets, circonscrits, ne formant pas un magma avec la production pathologique, comme cela arrive dans les affections cancéreuses. Ici, c'est un épanchement qui se comporte comme toutes les collections sanguines, variables suivant leur ancienneté.

2° — *Au microscope et à la loupe.* — A la *loupe,* on reconnaît dans ces tumeurs la disposition générale de la glande salivaire, ou s'il existe des noyaux fibro-cartilagineux, la coloration et la structure des fibro-cartilages, ou encore des lobules graisseux, etc.

Au *microscope :* si l'hypertrophie est glandulaire ; des culs-de-sac, avec leur contenu, leur forme si caractéristiques. Il peut arriver (note de M. Lebert) que la pièce soit uniquement constituée par ces éléments. Mais même quand l'altération porte spécialement sur les autres éléments de la glande, on trouve encore par places de ces acini qui ne laissent aucun doute sur la nature de la production. Dans certaines tumeurs, on observe des cellules épithéliales libres, tantôt renfermées dans la paroi du cul-de-sac, tantôt sans parois propres, mais offrant la disposition générale des culs-de-sac. (Notes de MM. Robin et Verneuil.) J'ai déjà insisté sur ce fait, à propos des pièces qui offraient ces particularités intéressantes, et qu'on lira à la fin de ce travail.

Dans d'autres cas, on reconnaît la structure du fibro-cartilage (obs. 7, 9 et 10), et des lobules graisseux plus ou moins abondants. Je n'hésite pas à avancer (et je m'appuie sur les observations précédentes) que les enchondromes de la parotide ne sont que des variétés d'hypertrophie de cette glande, que c'est à tort qu'on les a décrits comme des affections distinctes, sans les rattacher aux lésions de la parotide.

J'ai pu en effet suivre en quelque sorte l'évolution de ces tumeurs cartilagineuses. — J'ai vu, dans certains cas, de petits noyaux cartilagineux, disséminés au milieu d'une tumeur franchement hypertrophique; dans d'autres circonstances, les noyaux cartilagineux étaient plus gros, et parfois réunis en une seule masse, et tout autour, ou dans l'intérieur, on trouvait des îlots glandulaires. Parfois enfin, la tumeur paraissant tout entière cartilagineuse, j'ai encore pu, en l'étudiant avec soin, retrouver de petits amas de culs-de-sac glandulaires.

Un jour je donnai une tumeur à M. Broca, qui voulut bien l'examiner au microscope. Le lendemain M. Broca me répondit que c'était un bel enchondrome. Je priai M. Broca d'examiner de nouveau la pièce, et dans tous ses points. M. Broca rencontra, comme je l'avais fait, des éléments glandulaires dans différents points de la tumeur.

Je pense donc, ainsi que je l'ai écrit un peu plus haut, pouvoir avancer que l'enchondrome de la parotide ne constitue qu'une des variétés d'hypertrophie de cette glande.

La parotide n'est pas la seule glande qui puisse présenter cette altération : on la retrouve dans la mamelle et dans d'autres glandes encore ; et si elle est plus fréquente dans la région parotidienne, cela me paraît tenir à la composition de cette glande, qui est plus dure, et renfermée dans une gangue riche en tissu fibreux. Dans le cas ou j'ai pu étudier avec soin la production pathologique, on voyait les noyaux cartilagineux pren-

dre naissance au sein d'un amas de tissu fibreux. Le tissu fibreux est pour ainsi dire celui qui appelle le plus facilement la formation du tissu cartilagineux.

Dans certaines circonstances (obs. 2), la tumeur est surtout formée de tissu fibro-plastique, et l'on retrouve çà et là des éléments glandulaires; ou bien (obs. 1) les éléments glandulaires prédominent et il existe une faible proportion de tissu fibro-plastique.

Il y a en général peu de vaisseaux dans ces tumeurs, surtout quand elles sont fibro-cartilagineuses, ou fibro-plastiques, voire même épithéliales; on en rencontre peu au microscope. Il y a cependant une atmosphère vasculaire assez riche à la périphérie des masses morbides.

Mais j'ai déjà assez insisté sur les diverses altérations que le microscope nous fait découvrir dans ces diverses productions, et je renvoie aux notes qui sont insérées à la suite des observations. En somme, il est permis d'établir pour les lésions qui nous occupent diverses variétés anatomiques d'hypertrophies : hypertrophies *glandulaire*, *épithéliale*, *cartilagineuse*, *fibro-plastique* et *graisseuse*.

Supposons que la tumeur, par une cause quelconque, un accroissement de volume trop considérable, un coup, quelques frottements, vienne à s'enflammer : outre les caractères propres à la production pathologique, on retrouverait divers foyers, plus ou moins ramollis, suivant l'intensité de l'inflammation. Mais les foyers, comme pour la mamelle, offriraient cette particularité qu'ils renfermeraient des détritus, mêlés de pus, de sang, et des portions sphacélées du tissu hypertrophié.

Si la tumeur finissait par ulcérer la peau, il pourrait arriver qu'elle donnât naissance à des bourgeons sanieux, saignants, rappelant les bourgeons cancéreux ou épithéliaux, ou bien des

eschares cutanées, des décollements, des fusées purulentes, etc. Il faut être prévenu de l'existence possible de ces altérations. Heureusement, si ces lésions anatomo-pathologiques sont possibles, elles doivent être fort rares ; je n'en connais pas un seul exemple. J'ai même deux observations dans lesquelles la tumeur, bien que fort ancienne, n'avait déterminé aucun accident semblable.

V. *Étiologie.*

Dans presque toutes les affections médicales ou chirurgicales, la cause réelle échappe à l'investigation et l'on en est trop souvent réduit à faire des suppositions. On admet des prédispositions dans le tempérament, dans la constitution, dans l'âge, mais les mots les plus pompeux cachent ordinairement notre ignorance.

C'est surtout dans l'étiologie des tumeurs, et parmi elles des tumeurs hypertrophiques, que le champ est ouvert à l'imagination. La maladie existe : Pourquoi s'est-elle développée? pourquoi a-t-elle pris telle forme plutôt que telle autre? pourquoi a-t-elle choisi tel organe? pourquoi s'est-elle développée à tel âge? Voilà des questions le plus souvent insolubles; trop heureux quand on peut saisir une coïncidence entre le développement de la lésion et le développement de quelque grand phénomène physiologique, la menstruation, la ménopause, etc. L'on signale ce rapprochement et l'esprit est satisfait.

Pour les tumeurs du sein, cette coïncidence de deux faits, l'un physiologique, l'autre pathologique, est quelquefois fort importante : on conçoit que la menstruation, amenant un certain travail dans la glande mammaire, peut être dans certains cas le point de départ du développement de certaines tumeurs. Mais il n'y a pas dans la glande parotide une telle relation de cause à effet.

Essayons toutefois de tirer de nos observations quelques indications relatives à l'étiologie.

Age. — (Obs. 1[er]), la tumeur a débuté à 45 ans;
(Obs. 2), à 30 ans;
(Obs. 3), à 38 ans;
(Obs. 4), à 18 ans;
(Obs. 5), à 32 ans;
(Obs. 10), à 35 ans, etc.

Comme on le voit, cette maladie se retrouve à presque tous les âges, plus fréquente toutefois pour l'âge adulte.

Sexe. — Sur les 11 observations que je rapporté, 10 sont relatives à des femmes. Les femmes paraîtraient donc être plus directement soumises à ce genre d'altération. Chez toutes les malades, la constition est généralement bonne, la santé satisfaisante.

L'on n'est guère plus heureux quand on passe aux *causes occasionnelles.* Dans une des observations, on attribue le développement de l'hypertrophie à une piqûre de sangsue. Mais on avait recours aux sangsues, probablement parce que la malade ressentait de la douleur dans cette région, et il est plus probable que la tumeur commençait déjà, alors que les sangsues ont été appliquées.

Les coups, les contusions auraient-ils quelque influence sur la production de cette hypertrophie? C'est possible, mais rien ne m'autorise à l'admettre. Les maux de dents amènent bien plutôt une tuméfaction du périoste et du tissu cellulaire ambiant. — Mais on conçoit que le phlegmon peut se propager à la glande parotide; on conçoit aussi qu'une stomatite peut enflammer le canal de Sténon et devenir le point de départ d'une hypertrophie de sa glande.

Les *oreillons* peuvent avoir aussi une certaine influence sur la production de ce genre de tumeurs. Il en est de même des phlegmasies circonvoisines de l'oreille, du conduit auditif, etc.

Après avoir constaté que l'âge, que le sexe paraissent influer sur la production des hypertrophies, que ces affections se remarquent surtout dans l'âge adulte; après avoir établi certaines considérations sur l'étiologie probable de ces tumeurs, il faut bien l'avouer, la cause primordiale nous échappe, dans toutes les observations que nous connaissons de tumeurs parotidiennes, soit bénignes, soit malignes, dans les faits que j'ai rapportés comme dans tous ceux que j'ai consultés.

VI. *Début, symptômes, marche de la maladie.*

C'est le plus souvent par hasard que les malades s'aperçoivent de l'existence d'une tumeur dans la région parotidienne. Ils trouvent une petite bosse roulant sous la peau, ou une légère tuméfaction diffuse, mal circonscrite, suivant que l'affection a son point de départ dans les grains glanduleux superficiels, ou dans la glande elle-même. Les symptômes varient bien un peu dans ces deux circonstances, mais nous donnerons d'abord une description générale, nous réservant de revenir sur les caractères différentiels, en abordant le diagnostic.

Les malades s'aperçoivent donc par hasard qu'ils portent dans la région parotidienne, au-dessus de l'angle de la mâchoire, une petite tumeur mobile; mobile sous la peau, mobile presque toujours sur les parties profondes, qui s'est développée spontanément, sans provoquer la moindre douleur, la moindre tension, la moindre gêne. La peau conserve sa coloration normale, elle est légèrement soulevée par la petite tumeur. Celle-ci est parfaitement indépendante des parties environnantes. Quelquefois, au lieu d'une bosse bien distincte, c'est une tuméfaction un peu vague que l'on trouve dans cette région. Comme dans le cas précédent, la peau est saine, sans adhérences, mais la tumeur est mal limitée, peu mobile profondément, et

semble adhérer à l'excavation parotidienne. Les malades rendent en général bien compte de ces différences et se rappellent fort bien si la tumeur était au début mobile ou fixe, dans la région où elle a pris naissance. La tumeur grossit lentement, graduellement. Elle met des semaines, des mois, et même des années pour acquérir le volume d'une noisette, d'une noix, d'un œuf de pigeon, d'un petit abricot. Tantôt elle semble rester stationnaire pour grossir tout à coup d'une manière sensible; tantôt elle acquiert vite un certain volume et paraît ensuite rester dans le même état; chez les femmes, au moment de la menstruation, et surtout à l'époque d'une grossesse, elle est soumise à une *poussée*, et, en peu de temps, se développe plus rapidement. Elle peut ainsi arriver à un volume très considérable (obs. 1re, 3 kilogr.), mais dans un temps fort long (plus de vingt ans); ou bien, au contraire, à peine au volume du poing, dans le même espace de temps (obs. de M. Gosselin). Cette différence dans le développement, dans le volume de ces productions, tient à la nature même de la tumeur, aux éléments qui sont, dans tel ou tel cas, le siége spécial de l'hypertrophie.

Lent ou rapide, brusque ou graduel, l'accroissement de ces tumeurs est incessant, et s'il semble quelquefois rester stationnaire, ce n'est que pour un certain temps.

La durée de la maladie est loin d'être toujours la même : si l'on se reporte à ce que j'ai dit de l'anatomie pathologique de ces tumeurs, si l'on consulte les notes qui suivent les observations, si l'on se rappelle que certaines tumeurs sont surtout composées ou d'éléments épithéliaux ou d'éléments fibro-plastiques, ou d'éléments glandulaires ou d'éléments fibro-cartilagineux, on verra tout de suite que la maladie sera variable, quant à la rapidité de sa marche et de sa durée, suivant la nature particulière de l'hypertrophie. En tous cas, ces productions ont, en

général, pour caractère distinctif une grande lenteur dans leur développement, surtout au début.

Ces tumeurs nous présentent les symptômes suivants, tirés des *antécédents* de l'*état local*, de l'*examen direct de la région*, de l'*état général*.

Antécédents. — La tumeur est née sans cause appréciable, ordinairement à un âge peu avancé; elle s'est développée très lentement, graduellement, sans déterminer la moindre douleur.

État général. — L'état général est parfaitement bon, point de tumeur dans aucune autre région du corps, les fonctions s'accomplissent très régulièrement, et la maladie semble isolée du reste de l'organisme.

Parties voisines; peau. — Point de tuméfaction des ganglions voisins, pas d'empâtement dans le voisinage; la maladie est bien circonscrite, bien limitée. La peau est saine; le plus souvent elle a conservé sa coloration normale, quelquefois elle est un peu rougeâtre, mais présente une rougeur particulière, différant essentiellement de la rougeur de l'inflammation, ou de la rougeur bronzée des affections cancéreuses. Cette coloration est due au développement de petites veinules cutanées. Quelquefois on voit des veines dilatées et formant un réseau assez riche (obs. 1re). Point de rides, point d'adhérences anormales. La joue, l'oreille, toutes les parties voisines sont saines; quand la tumeur est volumineuse, elle emprunte quelquefois et attire à elle la peau de l'oreille; mais la peau, quoique amincie, conserve sa couleur et son apparence normales. La tête, si la masse est très grosse, est inclinée de ce côté, et il peut arriver que la colonne cervicale soit incurvée. Les vertèbres décrivent alors une courbure à concavité tournée vers la tumeur; les muscles cervicaux du côté opposé à la tumeur sont plus épais, plus gros que ceux du côté malade (obs. 1re).

État local. — Dans tous les cas, la peau glisse facilement sur

la production pathologique; elle est libre d'adhérences. La tumeur est mobile sur les parties profondes; mais cette mobilité présente quelques signes particuliers, suivant le siége de l'hypertrophie.

Si l'affection est superficielle, si surtout elle occupe les grains glanduleux qui avoisinent le canal de Sténon, la masse est libre, et glisse très aisément sur les parties profondes; on ne trouve pas de pédicule qui la fixe et la retienne dans sa position.

D'autres fois elle est moins mobile, mais on sent qu'elle adhère dans la glande elle-même. Elle est fixée dans la parotide qui suit les mouvements qu'on imprime à la tumeur. Si l'on parvient avec les doigts à circonscrire la masse morbide, on constate alors qu'elle tient, qu'elle adhère à la parotide, c'est l'hypertrophie diffuse. Dans ces deux cas, et surtout dans le premier, la tumeur fait sous la peau un relief bien prononcé. On en circonscrit les limites en l'explorant avec soin, et les parties environnantes sont parfaitement saines.

Si l'hypertrophie a envahi toute la glande salivaire, ou si elle a son siége dans les grains glanduleux profonds, alors elle fait une saillie moins prononcée; la masse occupe le creux parotidien, les doigts parviennent très difficilement à en trouver les limites; mais quand on la saisit à pleine main, on parvient à constater qu'elle n'a aucune adhérence anormale avec les parties voisines, qui sont dans un état d'intégrité parfaite.

La tumeur offre à la *palpation* des caractères variables: tantôt elle est dure, élastique, finement lobulée; tantôt elle est molle, et présente les signes d'une fluctuation trompeuse; elle est lobulée, mais les lobules en sont moins nombreux, et plus gros que dans le cas précédent. Parfois elle offre dans certains point un peu de mollesse, dans d'autres une dureté très grande, cartilagineuse. Dans certains cas, on trouve par places une fluctuation bien nette, bien franche, dans une étendue variable: ici les

points fluctuants sont petits, et plus ou moins nombreux; là on sent une poche plus ou moins vaste, pleine de liquide.

En tous cas, ces divers lobules, ces divers lobes, ces poches fluctuantes forment une seule et même masse, bien différente de ces tumeurs formées par l'agglomération d'un plus ou moins grand nombre de ganglions rassemblés.

Suivant l'étendue de la lésion, on peut rencontrer différents désordres fonctionnels dans l'insalivation, la mastication, etc., nous y reviendrons à propos des complications. — Point de *douleur* au début, point de douleur même quand la tumeur a acquis un volume considérable, point de douleur à la pression. Cependant il ne serait pas surprenant de constater des douleurs névralgiques, quand on songe que le facial peut être comprimé par la masse morbide.

Si la maladie est abandonnée à elle-même, si l'art n'intervient pas (je l'ai dit plus haut), la tumeur grossit toujours. La peau peut contracter des adhérences avec la tumeur et s'ulcérer. Par ces ulcérations s'écoule alors un pus plus ou moins sanieux de mauvaise nature; des bourgeons se développent et s'accroissent autour d'elle. Quand on relit avec soin, et en les méditant, les observations rapportées dans les auteurs et même dans la thèse d'A. Bérard, sous le titre de *tumeurs cancéreuses*, on trouve bien des faits qui devraient plutôt être rangés dans la classe des maladies qui nous occupent. C'est ainsi qu'on voit des tumeurs fort anciennes, ulcérées depuis des semaines, des mois et même des années, qui ont pu être enlevées *complétement* et qui ont guéri *sans récidive;* il suffit vraiment de lire ces observations pour être édifié sur leur valeur. Il est arrivé bien souvent pour les productions pathologiques ce qu'on a vu pour les tumeurs d'autres régions, et M. le professeur Velpeau a bien fait ressortir ces diverses considérations dans son remarquable *Traité des maladies du sein.*

Je me bornerai à rapporter, à ce sujet, un fait que je retrouve dans mes notes.

Une dame vint consulter M. Velpeau et M. Cruveilhier: elle portait au sein une tumeur, plus grosse que les deux poings, ulcérée, et dont le bourgeonnement ressemblait à un énorme champignon. Cette tumeur était fort ancienne, mais les ganglions axillaires étaient sains, et cependant l'ulcération remontait déjà à une époque éloignée. M. Velpeau diagnostiqua la nature de la lésion, et se décida à pratiquer l'extirpation de cette tumeur. La malade guérit parfaitement de l'opération, et l'on reconnut que c'était bien une tumeur adénoïde.

Des faits semblables pourront être observés dans la région parotidienne. Aussi ne faut-il pas perdre de vue la lenteur du développement de la tumeur, la durée de la maladie, l'état d'intégrité parfaite des parties environnantes, même à une époque très avancée de la maladie. Hâtons-nous d'ajouter que les tumeurs adénoïdes ulcérées sont excessivement rares. On en a vu au sein, qui pesaient plus de 10 kilogrammes, et les téguments qui les recouvraient étaient parfaitement sains, un peu amincis seulement par leur tiraillement.

J'ai extirpé dans la région parotidienne une tumeur de 3 kilogrammes et la peau *était parfaitement saine*, sans ulcérations, sans adhérence à la masse sous-jacente.

VII. *Complications.*

Ces tumeurs peuvent, dans certains cas et dans certaines conditions, présenter quelques phénomènes spéciaux, que j'ai rassemblés sous le titre de *complications*.

L'*ouïe* est quelquefois altérée. — Ce symptôme a été constaté dans plusieurs des observations que j'ai rapportées. C'est surtout quand la tumeur occupe l'excavation parotidienne, et par-

tant comprime plus fortement la partie fibreuse du conduit auditif, que cette complication a pu être rencontrée.

Aucune de mes observations, aucun des faits douteux décrits dans les auteurs comme appartenant à des tumeurs malignes ne montre que la compression du *facial* ait été portée au point de déterminer des symptômes de paralysie ou de névralgie faciale, mais, en se reportant à l'anatomie de la région, on comprend que ces accidents *puissent* se rencontrer.

J'en dirai autant du *conduit de Sténon*. La parotide ne devait plus fonctionner dans le fait de M. Denonvillers, rapporté dans le Mémoire de M. Triquet. Or dans de pareilles circonstances, il serait bon de porter son attention de ce côté, et d'interroger les malades pour savoir s'ils ont remarqué une plus grande sécheresse de la bouche du côté de la tumeur, ou quelque autre symptôme qui pût aider à reconnaître une semblable altération.

J'ai déjà signalé *quelques difformités*, certaines attitudes de la tête, des incurvations, résultant du tiraillement de la peau des parties voisines, du poids de la tumeur, je n'y reviendrai pas.

La *mastication* est plus ou moins gênée suivant le siége et le volume de la lésion.

Quand la tumeur est volumineuse et superficielle, le jeu des mâchoires est peu embarrassé ; la laxité de la peau rend bien compte de ce fait, mais il faut que la masse soit soutenue pour laisser aux muscles leur action complète. Si la tumeur est profonde, si elle occupe l'excavation parotidienne, la mastication sera plus ou moins difficile, suivant la grosseur de la production hypertrophique. Dans ce cas, le maxillaire inférieur, moulé, pour ainsi dire, dans la tumeur, est gêné dans ses mouvements. Le malade de M. Denonvillers que j'ai interrogé sur ce point m'a donné des renseignements très précis.

Il pourra se présenter, dans certains cas, des engorgements ganglionnaires dans le voisinage, dus à l'état général du malade,

ou à quelque ulcération de la peau, à quelque inflammation, à une carie dentaire, etc.; dans des cas semblables, l'engorgement ganglionnaire sera plus ou moins prononcé. Cette complication rare mérite une attention toute spéciale; et il est essentiel de bien distinguer l'hypertrophie glandulaire et l'hypertrophie ganglionnaire : le diagnostic de l'une et de l'autre de ces affections aura une certaine influence sur leur pronostic et leur traitement. Tantôt l'adénite sera indépendante de l'hypertrophie parotidienne, tantôt elle en constituera une complication. Nous reviendrons sur ce fait un peu plus loin.

VIII. *Diagnostic.*

Au début, la maladie se présente sous deux formes distinctes : une petite tumeur roulante, mobile sous la peau et sur les parties profondes; ou bien une tuméfaction reposant sur une base plus large et moins mobile, en un mot sur la glande parotide elle-même.

Mais avant d'aller plus loin, il est essentiel de rappeler, en quelques mots seulement, la symptomatologie de ces tumeurs.

La peau a conservé sa coloration et sa souplesse normale, elle est mobile, sans adhérences; les parties voisines sont saines; l'état général est très satisfaisant.

Que la tumeur soit ancienne ou récente, petite ou volumineuse, ces caractères se retrouvent toujours, à moins que la masse morbide ait fini par ulcérer les téguments.

Au début donc la tumeur est mobile ou fixée à la parotide.

Dans le premier cas, on ne pourrait guère confondre la tumeur qu'avec un engorgement ganglionnaire.

Mais le ganglion engorgé, ainsi que l'a bien établi M. Larrey dans son beau mémoire sur l'*adénite cervicale* (1), est doulou-

(1) *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XVI.

reux; il est placé un peu plus bas que la tumeur hypertrophique, ou bien tout à fait sur l'apophyse mastoïde; il augmente rapidement de volume; il s'enflamme; les parties voisines s'indurent, se ramollissent, et il provoque dans le voisinage le développement d'autres ganglions. — Rien de semblable pour la tumeur hypertropique. Elle reste bien limitée et marche lentement, sans provoquer de douleur, sans déterminer aucun symptôme dans le voisinage; toute la masse est constituée par une même tumeur.

Si la tumeur est fixée par sa base, elle est finement lobulée, elle repose sur la parotide elle-même; son siége, sa forme, sa consistance, l'état des parties voisines, éloignent tout de suite l'idée d'une affection cancéreuse ou d'une affection ganglionnaire.

Si la tumeur occupe la parotide elle-même, quelques lobules profonds de cette glande : c'est une tuméfaction vague, diffuse, occupant le creux parotidien, ayant une consistance ferme. A cette période, le diagnostic peut offrir quelque embarras, et l'on peut se demander (si l'âge du sujet ne vient pas faire pencher la balance en faveur d'une production bénigne) si l'on n'a pas sous les yeux et sous le doigt une affection cancéreuse à son début.

Jamais on ne songera au développement d'un oreillon, car l'affection qui nous occupe n'en offre ni le début, ni la marche, ni les symptômes.

A une période plus avancée, alors que la tumeur fait un relief plus ou moins marqué, qu'elle a acquis le volume d'une noix, d'un petit œuf, d'un abricot, du poing, et même davantage, le diagnostic devient facile.

Disons-le tout de suite pour n'y plus revenir, l'idée d'une tumeur maligne, d'une affection cancéreuse, doit être écartée vite : il suffit de songer un instant à la marche lente de ces hypertrophies, à leur développement graduel, à l'absence de douleur, à l'état d'intégrité parfaite de la peau et des parties voisines. Si,

dans certains cas, on trouve une mollesse qui se rapproche de la mollesse de l'encéphaloïde, une dureté qui rappelle jusqu'à un certain point celle du squirrhe, les signes que j'ai brièvement rappelés ne peuvent longtemps laisser l'esprit en suspens.

J'élaguerai vite aussi les tumeurs ganglionnaires. Ces masses, en effet, sont formées par l'agglomération de bosselures placées à côté les unes des autres, dont les unes sont fluctuantes, les autres plus ou moins dures ; la peau est altérée, amincie, souvent rougeâtre, violacée. Le tissu cellulaire ambiant est engorgé. Leur siége normal n'est pas celui des tumeurs hypertrophiques. Elles sont aussi presque toujours accompagnées ou précédées de symptômes inflammatoires.

Si la tumeur a été déterminée par un oreillon, elle se rapproche par quelques-uns de ses signes de la tumeur ganglionnaire ; mais quand les symptômes inflammatoires se sont dissipés, la forme de la production hypertrophique, ses connexions avec les parties profondes et avec la peau, sa marche, sa durée, son développement, viennent bien vite écarter toute l'incertitude qui aurait pu résulter des antécédents ; ajoutons que dans ces cas il nous semble que l'hypertrophie devra plutôt être diffuse, porter sur toute la glande elle-même.

J'écarte aussi, et sans m'y arrêter, les kystes simples, séreux, hématiques, purulents, méliceriques, hydatiques, salivaires. Il n'en est pas de même des kystes, qui accompagnent une tumeur hypertrophique ; nous en reparlerons plus loin.

Le lipome, par sa forme, sa mollesse, la sensation lobulée, caractéristique, qu'il laisse au doigt qui l'explore, ne sera pas confondu non plus avec ce genre de tumeur.

Quant aux fibromes, aux enchondromes, je les considère comme des variétés d'hypertrophie parotidienne. Les tumeurs fibro-plastiques peuvent bien, à la rigueur, se développer spontanément dans cette région, en dehors de la glande ; mais, le

plus souvent, ils constituent une des variétés de l'affection qui nous occupe. J'ai déjà insisté sur ce fait, j'en reparlerai encore un peu plus loin. De tout ce qui précède, je crois être en droit d'établir qu'on peut arriver assez aisément à reconnaître les tumeurs hypertrophiques parotidiennes.

Ce diagnostic a été porté, avant l'opération, dans les observations que j'ai relatées, par MM. Velpeau, Robert, Gosselin et moi-même. Ce diagnostic n'est vraiment pas difficile ; il suffit de prêter un peu plus d'attention à l'examen des tumeurs de cette région, à leur forme, à leur développement pour les distinguer aisément les unes des autres. Depuis que j'ai entrepris ce travail, j'ai pu me convaincre que cette maladie n'est pas très rare. Je rappellerai d'abord la dernière observation de M. Robert. J'ai vu, à la consultation de M. Velpeau, un domestique, demeurant rue des Moulins ; j'ai vu, dans la ville, plusieurs malades atteints d'hypertrophie parotidienne, mais qui n'ont pas encore voulu se soumettre à l'opération. Il ne me reste pas plus de doute dans l'esprit pour ces tumeurs que pour celles dont j'ai rapporté l'observation.

Mais, pour avoir reconnu une hypertrophie parotidienne, tout n'est pas dit, et ici se présente un point intéressant : *le diagnostic des diverses variétés d'hypertrophie parotidienne*. Pour arriver à établir ce diagnostic, les signes les plus importants sont tirés de la forme, du volume, de la rapidité plus ou moins grande dans le développement, de la mobilité, de la consistance de ces productions pathologiques.

L'hypertrophie est-elle générale ou partielle? diffuse ou circonscrite? superficielle ou profonde?

Si l'hypertrophie est générale, ou diffuse, ou profonde, la tumeur occupe tout le creux parotidien : elle est enclavée dans cette excavation, mais elle a pourtant une certaine mobilité, elle ne tient pas aux parties profondes ; elle ne fait pas sous la

peau un relief considérable, ou du moins elle reste longtemps confinée dans la loge parotidienne.

Si l'hypertrophie n'occupe qu'un ou plusieurs lobes profonds de la glande, et que la parotide, refoulée vers la peau, soit atrophiée par suite d'une compression lente, graduelle, mais incessante, les signes seront les mêmes que ceux de l'hypertrophie générale, du moins quand la tumeur aura acquis un certain développement. Au début, il serait peut-être possible de sentir la glande, avec ses caractères normaux, appliqués sur une bosselure profondément située et dont la consistance n'est pas la même que celle de la parotide. Ce signe manquerait dans l'hypertrophie générale.

Si l'hypertrophie repose sur la glande, mais qu'elle n'ait pas envahi toute son épaisseur, on peut, avec les doigts, arriver sur la limite qui sépare la production morbide de la partie saine. La base de la tumeur s'enfonce dans l'excavation parotidienne, mais moins profondément que dans les cas précédents.

Dans d'autres circonstances, quand l'hypertrophie est partielle, circonscrite, superficielle, elle a tous les caractères des tumeurs adénoïdes du sein, si bien décrites par M. Velpeau : tumeur bien limitée, mobile sous la peau, mobile sur les parties profondes, etc. Cette distinction est très importante au point de vue du traitement et des accidents à éviter dans l'extirpation de ces masses pathologiques.

L'hypertrophie est-elle essentiellement glandulaire? La tumeur peut acquérir un développement énorme; elle est lobulée, les lobules sont mous, élastiques, par places presque fluctuants. La tumeur ressemble à s'y méprendre aux tumeurs constituées par des kystes multiples, avec hypertrophie circonvoisine. Mais quand il existe des kystes, la fluctuation est franche, nettement accusée. S'il restait quelque incertitude, une ponction exploratrice lèverait tous les doutes. Du reste, avec ou sans kyste, c'est

toujours dans ces cas une tumeur parotidienne. Si l'on a affaire à une variété hypertrophique, avec prédominance des éléments épithéliaux, la tumeur est plus circonscrite, plus petite, plus pyriforme, molle dans certains points, plus dure dans d'autres; les lobules sont moins nettement circonscrits, le développement est plus rapide.

La masse est finement lobulée, donne sous le doigt qui l'explore la sensation d'une glande normale; elle est plus étalée, plus profonde, quand l'altération porte sur toute la masse glandulaire indistinctement : éléments glandulaires, épithéliaux, fibreux, etc.

La tumeur est dure, quoique élastique, par places; plus molle dans d'autres points, quand il y a prédominance des éléments fibreux.

S'il s'est développé au centre de la masse morbide des noyaux cartilagineux, plus ou moins considérables, la tumeur, dans ces points, offre une résistance particulière; elle est dure, peu élastique, elle présente, en un mot, la consistance du cartilage. Dans les deux derniers cas, la production hypertrophique se développe très lentement. Elle avait mis près de vingt ans pour arriver au volume d'un œuf, dans le fait de M. Gosselin.

Si la tumeur était ulcérée, au moment où l'on est appelé à l'examiner pour la première fois, on pourrait éprouver quelque embarras. C'est alors surtout qu'il est important de noter l'âge du malade, l'époque de l'apparition de la tumeur, sa marche, sa durée, l'état général, l'état des parties voisines, la forme, la consistance de la production ulcérée, la forme des ulcérations, des trajets fistuleux, et le liquide qui s'écoule de ces plaies. C'est en pesant avec soin ces diverses indications qu'on pourrait arriver à éloigner l'idée d'une affection cancéreuse d'abord, puis l'idée d'une affection ganglionnaire, ou fibro-plastique pure et simple.

Que si, en même temps que l'ulcération de la tumeur, on

trouvait les ganglions voisins engorgés, il serait très important de constater la consistance de ces engorgements, et encore et surtout la durée de la maladie avant l'apparition de l'ulcération, et les signes que j'ai indiqués plus haut.

Le diagnostic pourra présenter, dans ces circonstances, quelque embarras, et il arrivera assez souvent qu'on devra attendre, pour se prononcer d'une manière certaine et définitive, jusqu'au moment où l'on aura pu faire l'examen de la pièce, si toutefois on se décide à opérer.

Dans des cas semblables, on n'hésitera du reste à se prononcer qu'entre une tumeur maligne ou une tumeur bénigne. Ces dernières, même quand elles sont ulcérées, marchent encore, bien plus lentement, et restent bien limitées. Si les ganglions voisins s'engorgent, cet engorgement n'affecte ni la forme, ni la dureté, ni la marche des ganglions cancéreux. Mais on peut rencontrer dans cette région certaines tumeurs dont le diagnostic est assez difficile à débrouiller; si, par exemple, une tumeur fibro-plastique s'est développée en dehors de la glande; nous avons pour éclairer le diagnostic les signes suivants :

La tumeur fibro-plastique est plus lisse, plus régulière, au début; mais bientôt la peau qui la recouvre devient adhérente, elle prend une teinte violacée, la masse morbide se développe bien plus rapidement. Elle affecte, en un mot, la marche des tumeurs cancéreuses, des tumeurs malignes, parmi lesquelles elle doit être rangée.

Enfin, pour terminer ce qui a rapport au diagnostic des hypertrophies parotidiennes, je rappellerai la tumeur dont j'ai parlé plus haut, et que j'ai opérée avec le docteur Hanguillart.

M. Ph. Boyer, à qui je parlai de cette opération, me communiqua une observation parfaitement semblable. Il s'agissait aussi d'une tumeur intraparòtidienne, et pour l'extirper, M. Ph. Boyer dut inciser la glande elle-même.

J'avais d'abord hésité à inscrire ces pièces parmi les productions *colloïdes*, ou *adénoïdes*, mais depuis que j'ai mieux étudié les tumeurs hypertrophiques de la région parotidienne, depuis surtout que j'ai vu la pièce qui fait le sujet de la dernière observation de M. Robert, rapportée dans ce travail, je suis convaincu que (pour le fait qui me concerne, au moins), j'ai eu affaire à une hypertrophie partielle, à une tumeur adénoïde parotidienne, interstitielle. Si cependant il se rencontrait des tumeurs colloïdes dans la glande, ou autour d'elle, pour ma part, je ne connais pas (jusqu'à présent) de signe capable de guider le chirurgien dans le diagnostic de semblables productions. Ces tumeurs ont tous les caractères des tumeurs hypertrophiques.

En somme : les tumeurs *adénoïdes parotidiennes* doivent être rangées dans la classe des tumeurs bénignes. — Elles présentent un ensemble de signes qui permet de les distinguer, presque toujours, des tumeurs de mauvaise nature et aussi des autres tumeurs, ou solides ou liquides, que l'on peut rencontrer dans cette région. — Enfin on peut arriver, dans bon nombre de cas, à reconnaître les diverses variétés d'hypertrophie parotidienne.

IX. *Pronostic*.

D'une manière générale on peut dire : le pronostic de ces hypertrophies n'est pas grave. Cependant il est un certain nombre de considérations qui vont nous arrêter un instant.

1° Ces tumeurs peuvent-elles disparaître par résolution ?

2° Si elles résistent à tout traitement, la gravité n'est plus la même suivant le volume, le siége, et la nature de l'altération. Comme on le voit, nous retrouvons encore ici l'importance des variétés que nous avons établies.

§ I. — Ces tumeurs peuvent-elles disparaître par résolution ?

J'ai déjà répondu en partie à cette question, en commençant ce mémoire, alors que j'ai jeté un coup d'œil sur les prétendus cancers, décrits comme tels dans les auteurs anciens, et guéris par toute sorte de baumes, de pommades, de liquides, de poudres, parfaitement impuissants pour les maladies franchement cancéreuses. Il ne me paraît pas douteux, surtout quand je relis ces observations, et que j'y retrouve, si frappants, les caractères des hypertrophies parotidiennes; il ne me paraît pas douteux, dis-je, que beaucoup de ces cancers n'étaient pas autre chose que des tumeurs adénoïdes.

Sans remonter si haut, je puis dire, sans hésiter, que presque tous les chirurgiens de notre époque, parmi lesquels je citerai M. Boinet, ont vu plusieurs fois de ces tumeurs parotidiennes, siégeant bien manifestement dans la glande parotide, et qui ont disparu sous l'influence d'une médication bien dirigée. Cette assertion est du reste parfaitement confirmée par ce qui se passe dans certains cas d'hypertrophie mammaire. Oui, certaines hypertrophies parotidiennes, surtout les hypertrophies générales, diffuses, celles qui succèdent à un oreillon, ou qui revêtent, dès le début, la forme subaiguë, peuvent disparaître spontanément, ou sous l'influence d'un traitement convenable, et dans ce cas le pronostic est on ne peut plus favorable; — mais, il faut le dire aussi, telle n'est pas la marche et la terminaison ordinaire des maladies qui nous occupent.

§ II. — Or, dans ces circonstances, la maladie est locale, purement locale, sans retentissement sur les parties voisines, sur l'état général. Le pronostic est donc favorable, à ce point de vue.

Mais, d'un autre côté, il faudra recourir à une opération, pour débarrasser les malades de ces tumeurs, opération dont la gravité sera en rapport avec le siége, l'étendue, la nature de la production. Il faut songer ici à la glande, au facial, à la carotide externe, à la temporale, à la maxillaire interne; à l'organe de

l'ouïe, aux fistules salivaires (voilà pour l'étendue et le siége), à la possibilité de la récidive (voilà pour la nature).

La mort peut survenir sans doute, immédiatement, ou au bout de quelques jours, ou de quelques semaines; et les malades succombent alors aux grands accidents immédiats des opérations, aux résorptions purulentes ou putrides, au développement d'un érysipèle, etc., etc. Chaque fois qu'on porte le bistouri sur une région quelconque de la surface du corps, on ne peut jamais affirmer que la vie ne court aucun danger. Mais quand on relit les observations d'extirpation de tumeurs, dans cette région, on est heureux de constater que les suites de ces opérations sont, en général, très simples, et que la guérison arrive assez promptement même quand l'opération a nécessité de profondes dissections.

L'opération, et partant le pronostic, est d'autant plus grave que la tumeur *est plus volumineuse, plus profondément située;* qu'elle occupe *toute la glande* ou qu'elle en comprend au moins une grande partie.

La plaie est plus considérable, la dissection plus lente, plus difficile, la suppuration plus longue, plus abondante. Si l'hypertrophie est superficielle, si la production est mobile, si, en un mot, on a affaire à une tumeur adénoïde, libre, facilement énucléable (obs. 1, 7, 9, etc.), le pronostic est peu grave.

L'opération est simple, le facial est épargné aisément, la carotide est respectée. Il en sera de même d'une tumeur parotidienne interstitielle, mais distincte du reste de la glande, et enkystée; d'une tumeur occupant les grains glanduleux qui accompagnent le conduit de Sténon, ou ayant son point de départ à la partie inférieure de la parotide, assez loin par conséquent du facial et de la carotide.

Si l'hypertrophie occupe l'excavation parotidienne, si elle est diffuse, ou profonde, ou générale, le pronostic est grave :

1° parce que le facial sera nécessairement divisé, et qu'il en résultera une hémiplégie faciale, *presque toujours persistante, et indélébile* (nous verrons comment M. Lenoir a pu, dans un cas, prévenir une semblable difformité); — 2° parce qu'il arrive presque toujours que l'on doive intéresser la carotide; à moins que l'on rencontre une disposition anatomique spéciale, et que, par une dissection attentive, délicate, très difficile, l'on puisse, à l'exemple de M. Denonvilliers (observation que j'ai déjà indiquée), épargner cette artère importante; — 3° parce que l'on verra presque toujours se développer et persister plus ou moins longtemps une fistule salivaire, à moins que la glande, atrophiée par compression, ait déjà cessé d'accomplir ses fonctions.

Il ne faut pas perdre de vue ces diverses considérations, qui permettent de porter à l'avance tel ou tel pronostic, et qui surtout tiennent en éveil l'attention du chirurgien et peuvent quelquefois lui faire prévenir, à force de soins, de patience et de précautions, les inconvénients que j'ai signalés.

Si la maladie est abandonnée à elle-même, la tumeur grossit plus ou moins vite, et au bout d'un temps, en général fort long, elle peut finir par s'ulcérer. Le pronostic alors est assez grave; car une semblable masse gêne la mastication, la phonation, l'audition, et peut amener des phénomènes de suffocation, ou une suppuration de mauvaise nature, sanieuse, ichoreuse, ou des hémorrhagies multiples plus ou moins abondantes, et enfin quelquefois la mort du sujet.

Il faut aussi faire entrer en ligne de compte la difformité parfois repoussante que détermine une semblable production. Elle était poussée si loin chez la malade de l'observation première, que cette femme ne pouvait plus sortir de chez elle.

Si la tumeur est ulcérée, adhérente, si les ganglions voisins sont malades, le pronostic n'offre pas, d'une manière absolue, beaucoup plus de gravité que dans les cas précédents, si l'on est

arrivé à bien en définir le diagnostic; il faut seulement tenir compte de la surface occupée par l'ulcération, qui devra forcer à sacrifier une étendue de téguments plus ou moins considérable.

Si ces productions hypertrophiques ont été enlevées complétement, elles ne sont pas de nature à donner lieu à des récidives. Elles constituent une affection locale ne donnant lieu qu'à des désordres purement locaux. Cependant, en raisonnant par analogie, et en songeant à ce qui se passe dans les tumeurs semblables du sein, on ne peut pas affirmer d'une manière absolue qu'il ne se développera pas d'autres tumeurs semblables à celle que l'on a extirpée. Ce n'est pas, le plus souvent, une *récidive* dans l'acception propre du mot; c'est la continuation d'une tumeur incomplétement détachée; ou bien c'est le développement accidentel d'une nouvelle production, indépendante de la première.

J'ajouterai toutefois que je trouve, dans mes observations, certaines tumeurs qui ne me laisseraient pas, quant à la récidive, dans une trop parfaite sincérité. J'ai vu, dans les salles de M. Michon, à l'hôpital de la Pitié, un malade qui portait, dans la région parotidienne une tumeur que le microscope avait appelée épithéliale. Cette tumeur avait été opérée une première fois dans un de nos ports de mer, et le médecin l'avait désignée avant et après l'opération par l'épithète de *fibreuse;* elle avait récidivé deux fois, je pense, quand le malade est venu se remettre entre les mains habiles de M. Michon. J'ai quelque crainte, je l'avoue, de voir se reproduire la tumeur extirpée par M. Robert (obs. 9), et cela parce qu'elle était surtout formée de productions épithéliales. Peut-être pour les tumeurs hypertrophiques avec développement considérable de tissu fibro-plastique ces récidives doivent-elles être redoutées aussi!

Enfin j'ajouterai, pour appuyer encore sur le pronostic de ces tumeurs abandonnées à elles-mêmes, et sur la nécessité d'une

opération, que je ne vois pas sans crainte se développer une tumeur, même de nature purement bénigne. Ces tumeurs peuvent, à mon avis, devenir le point de départ, l'occasion de la production de masses cancéreuses. Quelques-unes, celles qui sont surtout composées d'éléments épithéliaux ou fibro-plastiques, touchent de si près les tumeurs malignes !

Ces considérations doivent sans doute avoir une grande influence sur la décision que l'on doit prendre, sur le traitement qu'il faut mettre en usage pour les tumeurs adénoïdes de la parotide.

X. *Traitement.*

Au début, surtout si la tumeur a succédé à un oreillon, ou si elle occupe l'excavation parotidienne, il faut essayer d'en obtenir la résolution.

Si le sujet est fort, vigoureux, pléthorique, on pourra faire une ou plusieurs applications de sangsues. On insistera surtout sur ce moyen, si l'on obtient de bons résultats.

Si le malade est faible, s'il s'agit d'une femme à tempérament lymphatique chloro-anémique, on se bornera à l'application de différents topiques sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure.

En même temps on soumettra les malades à un traitement interne : les dérivatifs sur le tube digestif, l'emploi de l'iodure de potassium, des ferrugineux, des amers, suivant la constitution des sujets. On pourra aussi avoir recours à la poudre de semences de ciguë, qui a paru réussir dans certains cas.

Les topiques sont variables : les frictions avec l'onguent napolitain, la pommade d'iodure de plomb, d'iodure de potassium, le badigeonnage avec la teinture d'iode et les vésicatoires volants. Si ces moyens, mis en usage pendant un certain temps, deux mois ou trois mois, par exemple, ne produisaient aucun

résultat; si la tumeur continue à grossir, il ne faut pas insister plus longtemps sur leur emploi, de peur d'affaiblir inutilement et de détériorer la constitution des malades.

A une période plus avancée, si la tumeur a déjà acquis un certain volume; si elle atteint, par exemple, la grosseur d'une petite noix, et même davantage, il faut encore établir plusieurs catégories.

Si la production pathologique est circonscrite, limitée, libre sous la peau et sur les parties profondes, si elle se comporte à la manière des tumeurs adénoïdes du sein, si bien décrites par M. Velpeau, je pense qu'il est inutile d'avoir recours au traitement que je viens d'indiquer, et qu'il vaut mieux en venir tout de suite à l'ablation de la tumeur. L'on a moins à redouter dans de telles circonstances la blessure du facial, des canaux salivaires; on est loin de la carotide, et l'opération est facile. — Que si l'hypertrophie était diffuse, ou générale, comme l'opération est plus grave, plus difficile, on peut, on doit, à mon avis, employer un traitement convenable, tel que celui que je viens d'indiquer, tout essayer, en un mot, avant d'en venir à l'extirpation de la masse morbide. Mais si tous ces moyens sont insuffisants, alors comme dans le cas précédent, une opération peut seule débarrasser les malades.

Certes, dans beaucoup de circonstances, c'est une opération grave, laborieuse, et qui fait reculer bien des chirurgiens. Cependant l'extirpation de la glande parotide, pour toute sorte de tumeur, *souvent pour de prétendus squirrhes bénins de la parotide*, a été pratiquée de nos jours et par les chirurgiens qui nous ont précédés.

Je pourrais relater ici un grand nombre de faits à l'appui de cette assertion; je me bornerai à rappeler un mémoire de M. Larrey (père), présenté à l'Académie des sciences dans les séances du 29 juillet et 9 août 1841, *sur l'extirpation des glandes*

salivaires. Entre autres faits, on lit une observation d'extirpation de la glande parotide, pour débarrasser la jeune malade d'une *tumeur cancéreuse*. En jetant les yeux sur la planche que l'on trouve à la fin de ce travail, il est impossible de ne pas reconnaître tout de suite une tumeur *adénoïde*. Je citerai encore l'observation de M. Gensoul dont j'ai déjà parlé, une observation de M. Monod, publiée dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, etc., etc.

L'extirpation de la parotide, partielle ou totale, est donc une opération presque devenue classique; mais au moment d'entreprendre une semblable opération, il faut songer avant tout et par-dessus tout au *facial*, à l'artère *carotide*.

On évitera avec assez de facilité ces deux organes, quand l'hypertrophie est superficielle, quand elle occupe surtout les grains glanduleux qui accompagnent le conduit de Sténon, quand la tumeur est bien circonscrite, mobile sur les parties profondes. On n'a guère à redouter la blessure de l'artère, et l'on peut assez souvent respecter le facial (obs. 1, 7, 9). Si la production hypertrophique repose sur la glande elle-même et y adhère, si elle occupe toute l'étendue de la parotide, si elle est interstitielle ou profonde, il sera souvent difficile, pour ne pas dire impossible, d'épargner le facial. Mais on pourra peut-être quelquefois, sinon toujours, imiter la conduite de M. Lenoir dans une pareille circonstance. Cet habile chirurgien extirpait une tumeur parotidienne : il découvrit le facial, le disséqua, le sculpta, pour ainsi dire, dans la masse morbide. Il fut obligé de le couper, mais après avoir terminé son opération, il rapprocha, mit en contact les deux bouts du nerf qui avait été divisé. L'hémiplégie faciale fut de courte durée.

L'hémiplégie faciale est, en effet, un des accidents le plus souvent inévitables, dans une semblable opération (voy. la plupart des observations que j'ai consignées dans ce mémoire). Elle est

le plus souvent persistante et constitue une fâcheuse difformité. Peut-être pourrait-on ultérieurement faire disparaître en partie ses inconvénients, à l'aide d'une opération peu dangereuse.

On pourra, dans beaucoup de circonstances, éviter d'ouvrir la carotide, tantôt parce que l'hypertrophie, bien que diffuse, n'aura pas envahi toute la glande jusqu'à ce vaisseau; tantôt parce que cette artère affectera avec la parotide certains rapports dont j'ai déjà parlé. Quel plus bel exemple puis-je invoquer ici que l'observation de M. Denonvilliers?

Quant aux fistules salivaires consécutives à ces opérations, elles doivent aussi préoccuper le chirurgien. Si la tumeur est superficielle, si elle n'occupe qu'une partie de la glande, et qu'on puisse espérer de respecter le conduit de Sténon, il faut enlever la masse hypertrophique, tâcher avant tout de ménager le facial, et peu songer à une fistule salivaire. Si cette complication se présente (voy. plusieurs des observations, entre autres obs. 7), on en triomphe en général aisément par des cautérisations, soit avec le nitrate d'argent, soit avec le fer rouge, des badigeonnages avec la teinture d'iode, etc., etc.

Si, au contraire, il faut nécessairement, en raison de la profondeur et du siége de l'hypertrophie, entamer la plus grande partie de la glande, détruire le canal de Sténon, plusieurs questions se présentent.

Faut-il extirper toute la glande? Faut-il s'arrêter où s'arrête la lésion? Je n'hésite pas à poser qu'il faut se borner à l'ablation de la partie malade, sans se préoccuper de l'établissement probable d'une fistule salivaire. La carotide doit être ménagée autant que possible, il faut se garder de porter le bistouri plus profondément que ne l'exige l'altération, il serait téméraire d'aller au delà. Et puis, en réfléchissant un peu, ne voit-on pas tout de suite que le plus souvent la partie saine de la glande parotide a dû être atrophiée, et partant a cessé de sécréter de la

salive? (Obs. de M. Denonvilliers.) Et dans le cas où l'atrophie ne serait pas encore complète, ce reste de glande n'aura plus de canal pour se décharger de son produit; il arrivera pour elle ce qui se passe dans toute autre région pour des organes semblables, elle cessera de fonctionner, et la fistule se tarira aisément.

On est prévenu de cette complication, c'est-à-dire de l'établissement d'une fistule salivaire, quelques jours après l'opération.

L'appareil est mouillé de pus, et d'un liquide aqueux, assez abondant, d'autant plus abondant que l'opération a irrité la glande et a activé sa sécrétion. Quelquefois la plaie se cicatrise, et la fistule disparaît avec elle; d'autres fois, au contraire, la cicatrisation ne s'opère qu'incomplétement et il reste un point fistuleux. Par ce pertuis, souvent très étroit, s'écoule un liquide facilement reconnaissable, plus abondant au moment des repas, qu'on peut recueillir en assez grande quantité, et auquel on retrouve sans peine les caractères physiques, chimiques et physiologiques de la salive parotidienne. Le traitement de ces fistules rentre dans le traitement général des fistules de cette région : je n'ai pas à m'en occuper ici, disons seulement que, dans les faits que je connais, la cautérisation au nitrate d'argent ou au fer rouge a suffi pour débarrasser les malades de cette infirmité. On pourrait encore aviver les bords de la fistule, faire une suture et une compression méthodique, etc.

Mais revenons à l'extirpation des tumeurs hypertrophiques de la région parotidienne. Une fois l'opération décidée, plusieurs procédés sont en présence :

1° Incision simple, légèrement courbe, à concavité antérieure dans le sillon maxillo-mastoïdien ;

2° Incision cruciale ;

3° Deux incisions (procédé de M. Robert), dont l'une courbe

à concavité supérieure, parallèle au lobule de l'oreille, et l'autre perpendiculaire à la première, suivant le sillon maxillo-mastoïdien ;

4° Deux incisions semi-elliptiques, circonscrivant une portion de peau que l'on enlève ;

5° Enfin, toute autre espèce d'incision en T, en V, etc.

Voilà pour les téguments.

Je regrette d'abord l'incision cruciale, à cause de la difformité de la cicatrice, de la réapplication difficile des lambeaux, etc., etc.

Pour les tumeurs petites, bien limitées, superficielles, je me bornerais à une seule incision. Pour les tumeurs volumineuses (obs. 1re), j'aurais recours aux incisions semi-elliptiques.

A part ces deux circonstances, j'emploierais volontiers le procédé de M. Robert. Il est simple à exécuter, et rend faciles les différents temps de l'opération ; il laisse une cicatrice à peine visible, ainsi que j'ai pu m'en assurer, surtout chez le malade de l'obs. 9. Une fois les téguments incisés, on attaque la tumeur, on la fixe, on l'attire à soi avec des érignes, des pinces de Museux, avec la main ; quand c'est possible, on dissèque avec précaution, on lie les vaisseaux tout de suite si leur calibre est important, ou bien si le sang qui s'échappe gêne les manœuvres opératoires, ou bien encore on les saisit avec des pinces à torsion, on les fixe, et on en pratique la ligature ou la torsion quand la tumeur a été enlevée en totalité.

Une fois la plaie nettoyée, le sang bien arrêté, il faut tenter la réunion par première intention, afin d'éviter la difformité de la cicatrice; puis agir ici comme pour les plaies des autres parties du corps.

Je ne puis trop conseiller de disséquer, énucléer, déchirer avec les doigts, autant qu'il est possible de le faire ; c'est un bon moyen d'éviter les lésions d'organes importants.

Avant de terminer ce travail, un mot encore sur la possibilité de remédier à la difformité de l'hémiplégie faciale. On est frappé, quand on examine des malades atteints d'hémiplégie faciale, de la laxité considérable de la joue. Si l'on pince celle-ci dans le sillon naso-labial, on voit tout de suite diminuer, disparaître en partie la difformité. Ne pourrait-on pas, dans certains cas, tailler un lambeau de la joue, au niveau de ce sillon, et réunir les deux lèvres de la plaie par une suture entortillée?

C'est une opération facile, peu dangereuse, rapide dans son exécution. Je pose seulement la question, peut-être, un jour, se présentera l'occasion de la résoudre.

RÉSUMÉ.

1° L'hypertrophie est une altération commune à toutes les glandes de l'économie;

2° L'hypertrophie parotidienne doit entrer dans les descriptions de tous les livres classiques, au même titre que l'hypertrophie mammaire;

3° Vaguement indiquée dans les auteurs anciens, à peine effleurée dans les livres modernes, souvent confondue avec les tumeurs ganglionnaires, ou décrite sous le nom de squirrhe bénin de la parotide, l'hypertrophie parotidienne est une affection assez commune;

4° J'ai établi dans un article (état de la science) la part qui revient à M. Robert et aux chirurgiens modernes dans la description de cette altération;

5° J'ai rapporté un certain nombre d'observations qui ont servi de base à ce travail, dans lesquelles la description des symptômes, le diagnostic, l'examen de la pièce à l'œil nu et au microscope ne laissent rien à désirer;

6° Cette maladie se rencontre plus spécialement dans l'âge adulte ;

7° Elle paraît plus fréquente chez la femme que chez l'homme;

8° L'hypertrophie parotidienne présente un certain nombre de variétés distinctes, suivant qu'on l'envisage par rapport à son *étendue*, à son *siége*, à sa *nature* ;

9° Elle est générale ou partielle; diffuse ou circonscrite; superficielle ou profonde; glandulaire, fibreuse, épithéliale; avec ou sans production de tissu cartilagineux, fibro-plastique, etc., etc.;

10° La distinction de chacune de ces variétés repose sur des caractères bien tranchés, puisés dans l'examen de la tumeur sur le vivant, dans l'examen de la pièce, à l'œil nu, à la loupe et au microscope ;

11° L'hypertrophie parotidienne peut se rencontrer avec ou sans amplifications ;

12° Elle peut être facilement diagnostiquée ; on peut aussi arriver à reconnaître dans quelle variété elle doit être classée ;

13° Les signes de l'hypertrophie parotidienne sont tirés de la forme, de la consistance, de la marche, du développement de la tumeur, de l'état d'intégrité parfaite de la peau et des parties environnantes, de l'état général, de l'absence de symptômes de douleur, d'inflammation, etc., etc. ;

14° Les affections cancéreuses, les adénites, les lipômes, etc., ont des signes tout différents, et peuvent être aisément distingués des affections qui nous occupent ;

15° Les enchondromes, décrits dans la région parotidienne, me paraissent devoir être rattachés à une variété d'hypertrophie glandulaire ;

16° J'appuie la proposition précédente sur plusieurs faits que j'ai rapportés, notamment sur une observation recueillie à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Gosselin et sur l'obs. n° 10 : les pièces ont été présentées à la Société de chirurgie ;

17° Le pronostic de ces affections, en général, n'est pas grave;

18° Il dépend surtout du volume, de l'ancienneté et de la nature de l'altération;

19° Il dépend aussi du siége anatomique de l'altération, du danger de blesser le facial ou les canaux salivaires, ou la carotide externe et ses dépendances, ou des veines importantes dans le cours de l'opération qu'elle réclame;

20° L'hypertrophie peut disparaître spontanément ou sous l'influence d'une médication locale et générale bien dirigée, mais le plus souvent elle résiste à tout traitement et se développe, d'une manière continue, lentement, graduellement;

21° La rapidité plus ou moins grande du développement dépend de certaines conditions physiologiques, telles que la menstruation, la grossesse, etc., pour la femme, et surtout de la nature de l'hypertrophie;

22° L'extirpation est le seul moyen de débarrasser les malades, quand la tumeur est arrivée à une certaine période ou à un certain volume;

23° J'ai indiqué avec soin les divers procédés opératoires auxquels on peut avoir recours, les précautions qu'il faut prendre et les dangers qu'il faut éviter ou redouter dans une semblable opération.

OBSERVATIONS.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Au mois de septembre 1854, je fus appelé, dans un village des environs de Lille (Aubers), par M. Férou, médecin en cette commune, pour opérer, chez une femme, une tumeur située dans la région parotidienne.

Je vis la malade avec MM. Férou, et Hanguillart, docteur à la Bassée, et voici ce que j'appris :

Augustine Peucelle, femme d'Amand Acquart, est âgée de soixante-sept ans. Il y a vingt-deux ans, elle a remarqué qu'il existait, au-dessous de l'oreille, une petite glande, qui, dit-elle, était attachée à la mâchoire. Elle pense que tout d'abord cette petite glande n'était pas mobile. Ce n'est que plus tard, par suite des progrès de l'accroissement, qu'elle est devenue roulante. Le développement s'est fait graduellement et lentement. Depuis quatre ans cependant, le poids et la difformité sont tels qu'elle ne peut plus sortir de chez elle, et qu'elle porte cette tumeur suspendue dans une écharpe passée autour du cou.

La santé est excellente, la constitution sèche et bonne. Cette femme n'a presque jamais été malade ; elle est née de parents qui sont parvenus sans accidents à un âge avancé. Elle a eu des enfants vigoureux et bien portants.

En apercevant cette femme, je fus frappé de son attitude, et comme je la voyais de loin, avant d'arriver à son habitation, je crus qu'elle portait un enfant sur l'épaule. C'était une énorme tumeur d'un poids considérable, ainsi que je le dirai plus loin. — Cette tumeur est placée à gauche, sur la partie latérale de la face et du cou ; soutenue par une écharpe nouée sur la tête. La face et toute la tête est inclinée de ce côté. Les muscles du cou, du côté opposé, sont forts, gros et tendus, la colonne cervicale est arquée, la convexité tournée du côté opposé de la tumeur. La tumeur s'est appropriée presque toute la peau de la joue et de la région auriculaire. — L'œil est tiraillé, la paupière déviée de ce côté. Mais il n'y a pas de paralysie. Il en est de même pour la bouche qui est attirée vers la tumeur. L'oreille est allongée et tirée dans le même sens.

Pas de changement de coloration à la peau. Celle-ci est saine, un peu amincie par la distension, et sillonnée de veines assez volumineuses. La peau est mobile sur la tumeur.

La tumeur est mobile sur les parties profondes; quand on la saisit à deux mains et qu'on l'ébranle, on peut la porter en haut, en arrière, en dedans, en la faisant glisser sur les parties profondes; elle a un poids très considérable; quand on la relève fortement, et qu'on cherche à l'attirer à soi, il semble qu'elle soit adhérente au-dessous de l'oreille. Elle est pédiculée, quoique le pédicule soit assez large. Elle est bosselée, mais les bosselures sont grosses et larges, on en compte sur toute sa surface 7 à 8. Les bosselures paraissent fluctuantes ; mais c'est une fluctuation dou-

teuse, c'est plutôt de la mollesse que de la fluctuation. On a à peu près la sensation que l'on éprouve en pressant la cuisse alternativement avec les deux mains. Entre les bosselures, la tumeur paraît plus consistante. — Ce n'est pas la sensation lobulée du lipome, c'est la fausse fluctuation des énormes tumeurs (adénoïdes) du sein.

Rien dans la région cervicale, — rien dans les ganglions voisins. Pas de douleur; gêne résultant du poids de la tumeur. Aucun signe d'altération dans la santé générale qui est bonne.

Mon diagnostic est celui-ci : tumeur hypertrophique ou adénoïde de la parotide peut-être avec quelques kystes dans son intérieur.

La malade désire être débarrassée de cette tumeur; je l'opère le 14 septembre, aidé de MM. Férou et Hanguillart.

Je cernai la tumeur au moyen de deux incisions semi-elliptiques, comme le recommande M. Velpeau dans ces cas, l'une passant en arrière, l'autre en avant de la tumeur, se dirigeant de haut en bas, de dehors en dedans et d'arrière en avant, commençant derrière le lobule de l'oreille, que je laissai intact, et se terminant au-dessous de l'angle de la mâchoire. Ces incisions portaient en avant du pédicule sur la tumeur elle-même, et avaient bien 10 à 12 centimètres de longueur.

La dissection fut prompte et facile. Je ne coupai pas de pédicule bien distinct, mais plutôt du tissu cellulaire reliant la tumeur à la région parotidienne; deux petites artérioles furent liées; il coule environ trois verres de sang veineux, et l'hémorrhagie s'arrête spontanément, après l'extirpation de la tumeur. — La malade fut opérée assise, sans avoir été chloroformisée.

Je rapprochai les deux lèvres de l'incision, je rendis à la joue la peau que la tumeur lui avait empruntée; l'oreille reprit sa place et diminua tout de suite de longueur. J'avais laissé un peu trop de peau en bas, à l'aide d'un coup de ciseau je régularisai les deux lambeaux, et je réunis ensuite la plaie par une suture entortillée. Je mis une douzaine d'épingles.

J'avais pris garde au nerf facial. Je l'aperçus au haut de l'incision, je disséquai la tumeur avec soin et je l'évitai complétement.

Voici ce que m'écrivait M. Férou le 31 décembre 1854 :

Huit jours après l'opération, la malade travaillait à son petit jardin à déplanter des légumes. Vingt-deux jours après l'opération, elle était entièrement guérie; elle se promenait dans le village. Il est rare de voir une cicatrice si peu apparente. L'oreille qui avait environ 12 centimètres de long, la paupière inférieure qui était entraînée très bas par le tiraillement, tout est rentré dans l'état naturel. Pas de trace de récidive.

Aujourd'hui (mars 1856) la malade se porte fort bien, la cicatrice est à peine apparente. L'oreille a repris sa place et sa forme; le cou se redresse; pas de fistule salivaire. La bouche est aussi humide de ce côté que du côté opposé. Pas de trace de paralysie; pas de trace de récidive.

Examen de la pièce.

Poids. — Trois kilogrammes. — Sur la face interne, on trouve un petit lambeau de peau, qui a été emporté avec la tumeur. La peau est étalée, amincie, mais elle est saine. On la détache facilement de la tumeur, avec laquelle elle n'a que des adhérences lâches, celluleuses, normales.

Sur la face profonde, on ne voit, quelque attention qu'on apporte à cet examen, aucune trace de pédicule.

La tumeur elle-même est bosselée, les différentes bosselures, au nombre de 6 à 8, paraissent fluctuantes, mais quand on les incise, il ne s'écoule pas de liquide ; on peut, par la dissection, séparer un peu les diverses bosselures qui semblent renfermées dans un kyste, comme il arrive pour les divers lobes, les divers lobules des glandes, séparés les uns des autres par une membrane fibreuse.

A la face externe, sous la peau, entre cette dernière et la tumeur, existe une membrane fibreuse, une aponévrose assez résistante, qui vient s'épanouir, s'étaler sur la tumeur. Était-ce l'une des faces de la gaîne aponévrotique de la parotide? Je ne le pense pas, attendu qu'il m'a paru que la tumeur avait son siége dans les glandules qui avoisinaient le canal de Sténon. Était-ce le fascia superficialis épaissi? Cette seconde hypothèse me paraît plus acceptable. Je retrouve sous la peau quelques filets nerveux, très fins, mais le nerf facial n'y est pas. Je ne peux pas trouver non plus trace du canal de Sténon. Plusieurs coupes pratiquées dans la tumeur montrent un tissu parfaitement analogue à celui que j'ai pu observer plusieurs fois dans le service de M. Velpeau, pour certaines tumeurs du sein. Ce tissu est mou, friable, ne crie pas sous le scalpel. Il est d'un blanc jaunâtre. Il ne s'écoule pas de suc par la pression ni par le raclage. Ce n'est certainement pas la dureté du squirrhe, ce n'est pas davantage la mollesse de l'encéphaloïde. Je ne retrouve pas non plus le tissu jaune rougeâtre des ganglions hypertrophiés. Dans aucun point il n'y a de suppuration, ni de dépôts de matière tuberculeuse. Dans quelques points, le tissu est plus ramolli, dans d'autres plus consistant, mais, je le répète, nulle part de suc. Çà et là des dépôts hématiques fibrineux, bien limités, de dates diverses, et facilement reconnaissables : ici on retrouve encore la couleur du sang ; là ce n'est plus que de la fibrine décolorée. Il s'est fait dans la tumeur des épanchements sanguins. J'ai examiné ce tissu au microscope, j'y ai vu des granulations moléculaires, de l'épithélium nucléaire, et bien manifestement, *des culs-de-sac glandulaires*. J'y ai trouvé aussi des noyaux et des cellules fibro-plastiques; nulle trace de cellules cancéreuses.

J'ai présenté cette pièce aux membres de la Société anatomique. Je la conservais dans l'alcool depuis près d'un mois. Pour tous les membres présents, parmi lesquels je citerai MM. Broca, Verneuil, Houël, c'était bien une tumeur avec tous les caractères d'une hypertrophie glandulaire. M. Verneuil a bien voulu examiner cette pièce ; il n'a pas pu, à cause de la date déjà ancienne de l'opération, donner une description aussi rigoureuse qu'il l'eût fait si la tumeur eût été plus tôt à sa

disposition. Mais il m'a affirmé que, pour lui, il ne doutait nullement que ce fût une hypertrophie de la parotide.

J'ai présenté la tumeur à la Société de chirurgie, quelques-uns des membres ont bien supposé un instant que ce pouvait être une *hypertrophie ganglionnaire*, mais un examen plus attentif a montré au plus grand nombre des chirurgiens présents que c'était bien une *hypertrophie glandulaire*.

Enfin M. Velpeau, dont l'opinion est si importante, m'a dit, en voyant la tumeur et le dessin que j'avais fait prendre avant l'opération, que c'était bien une hypertrophie glandulaire.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Tumeur de la parotide. — (Obs. de M. Robert.)

Le 17 décembre 1850. — Au n° 273 de l'hôpital Beaujon, service de M. Robert, est couchée la nommée Constance Disteldorft, demeurant à Jalens, département de la Marne, âgée de trente-cinq ans, couturière.

Cette femme, bien constituée, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne santé habituelle, a été réglée à dix-neuf ans et demi, mais jamais elle ne l'a été régulièrement. Elle est mère de deux enfants, nés l'un en 1848, l'autre en 1849; ces deux enfants se portent bien.

Vers 1840, pendant l'écoulement menstruel elle eut une frayeur qui arrêta l'écoulement sanguin; elle devint sourde, et n'éprouva aucun soulagement d'une application de sangsues faite à la région parotidienne. Elle travaillait aux champs, et était fréquemment exposée au froid.

Elle s'aperçut en 1845, époque à laquelle elle se maria, qu'elle portait dans la région parotidienne une tumeur du volume d'un haricot. Cette tumeur s'accrut pendant sa première grossesse (1846), et surtout pendant sa seconde (1849), et à mesure qu'elle augmentait de volume la surdité augmentait aussi. Depuis le mois d'août dernier (1850), elle éprouva dans la tumeur des douleurs lancinantes qui l'empêchaient de dormir. Elle n'a jamais eu ni mal à la gorge, ni mal dans les oreilles. Point d'antécédents syphilitiques. Au niveau du bord postérieur de la branche verticale gauche de la mâchoire inférieure, entre ce bord, le sterno-mastoïdien et le lobule de l'oreille, se trouve une tumeur, difficile à limiter profondément et inférieurement, du volume d'un œuf de poule, dure, bosselée, sans changement de couleur, sans adhérence à la peau, qui est mobile au-dessus d'elle. Cette tumeur est le siége de douleurs continuelles qui semblent diminuer par la pression. — Surdité très prononcée. — Difficulté dans la mastication et un peu dans la phonation. — Pas de gêne dans la respiration. Les autres fonctions s'accomplissent bien. — 22 décembre. M. Robert pratique l'extirpation de la tumeur de la manière suivante: A un centimètre environ au-dessous du lobule de l'oreille, on fait une incision elliptique, dont la branche postérieure remonte plus haut que l'antérieure, et qui est parallèle au lobule de l'oreille. De la partie moyenne de cette incision courbe,

part une autre incision qui descend verticalement le long du bord postérieur de la branche verticale du maxillaire inférieur; on relève les lambeaux, et l'on dissèque facilement la tumeur.

L'examen de la pièce a été fait par M. Robin qui a trouvé du tissu fibro-plastique, au milieu duquel on observait des *culs-de-sac glandulaires*.

Pansement simple, après avoir rempli de charpie l'énorme cavité résultant de l'ablation de la tumeur.

26 décembre. — La malade est prise d'érysipèle qui disparaît promptement.

25 janvier 1851. — La malade sort portant à peine des traces de cicatrice. L'incision verticale et la branche postérieure de l'incision elliptique sont cachées par le sillon qui existe derrière la branche de la mâchoire inférieure ; et la partie antérieure de cette dernière incision est à peine visible; mais il existe une *hémiplégie faciale* gauche très prononcée. La bouche et le nez sont fortement déviés à droite. — La surdité est moins prononcée qu'avant l'opération.

M. Robert a revu la malade le 25 juin 1851. — Santé parfaite. Pas de trace de réapparition de la tumeur; hémiplégie faciale persistante.

Le 9 décembre de la même année, M. Robert recevait les renseignements suivants : aucune glande ou grosseur pouvant faire penser à une récidive. — Voilà une observation d'hypertrophie parotidienne; M. Robert l'avait diagnostiquée avant l'opération, en se fondant sur l'âge de la malade, l'âge de la tumeur, sa forme, l'état de la peau, des parties environnantes, etc. Elle date de 1850, peu de temps après la publication du mémoire de M. Lebert sur l'hypertrophie mammaire.

TROISIÈME OBSERVATION.

Tumeur de la parotide. — (Obs. de M. Robert.)

Madame Ravier, quarante-trois ans, faubourg St.-Denis, 152. — Constitution nerveuse; migraines, étouffements fréquents; du reste bien réglée. — Il y a neuf ans, la malade ressent une douleur vive dans l'oreille gauche. Application de sangsues, le mal disparaît. Il y a cinq ans, sans cause connue, paraît une petite tumeur en dessous et un peu en arrière de l'oreille gauche; on la prend pour un ganglion hypertrophié. Cette tumeur, indolente d'abord, semble rester stationnaire, mais au bout de dix-huit mois, les progrès deviennent plus sensibles.

Depuis six mois, progrès beaucoup plus rapides. A l'époque où M. Robert pratique l'opération, le 17 mars 1851, l'examen donne le résultat suivant : Tumeur du volume d'un petit abricot, occupant la région parotidienne, depuis le niveau du tragus jusqu'à un travers de doigt au-dessous du lobule. — Tumeur circonscrite, sans changement de couleur à la peau, légèrement bosselée, très ferme, quoique un peu élastique, indolente à la pression, un peu mobile.

L'opération est pratiquée à l'aide de deux incisions ; l'une semi-elliptique, circonscrivait le lobule de l'oreille, l'autre verticale et descendant jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure. Réunion par première intention.

L'opération n'a pas offert de grandes difficultés, la tumeur ayant pu être énucléée dans une grande partie de son étendue. *Le nerf facial a dû être coupé.*

La dissection, après l'ablation, a fait voir que le nerf facial s'engageait entre deux lobes de la tumeur à laquelle il adhérait. La coupe ressemblait à celle de beaucoup de tumeurs du sein. La pièce fut remise à M. Lebert sans lui indiquer de quelle partie elle avait été extraite ; M. Lebert reconnut que c'était une hypertrophie glandulaire, et qu'elle occupait l'une des glandes salivaires.

M. Robert revit la malade le 9 juillet 1851.— Cicatrice à peine visible; un peu de dépression; santé parfaite.

La pièce a été examinée par M. Lebert, ainsi que je viens de le dire. J'insiste sur un fait pathologique qui a une grande importance; la dissection a démontré que le nerf facial était engagé entre deux lobules de la tumeur. Or quelle autre affection qu'une hypertrophie de la parotide pouvait présenter cette particularité? Cette considération aurait suffi à elle seule, et presque indubitablement, pour déterminer le siége de la lésion.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Tumeur parotidienne. — Hémiplégie faciale. — (Obs. de M. Robert.)

Il s'agit d'une jeune femme de trente-deux ans, ayant un enfant de dix ans. — Constitution nerveuse ; bonne santé habituelle ; dysménorrhée.

Dès l'âge de dix-huit ans, sujette aux esquinancies. On lui applique des sangsues derrière l'oreille. Une piqûre de sangsue, plus difficile à guérir que les autres, fut suivie quelque temps après de l'apparition d'une petite tumeur, située derrière le lobule de l'oreille. C'est l'origine que la malade attribue à son affection.

En octobre 1847, la tumeur qui datait de dix ans fut extirpée par M. Blandin. La guérison fut longue à obtenir; il resta une fistule salivaire qui ne fut fermée que dix mois après. Mais il persiste une hémiplégie faciale.

Trois ans après, réapparition d'une petite tumeur au-dessous du lobule : progrès lents, mais incessants.

Le 7 septembre 1851. — Elle consulte M. Robert et voici l'état actuel :

Cicatrice au-devant du lobule. Hémiplégie faciale. — Tumeur peu saillante, remontant derrière l'oreille dans le sillon auriculo-mastoïdien, descendant en bas jusqu'au niveau de l'angle maxillaire. — Peau mobile sur la tumeur, sans changement de coloration.— Tumeur mobile, mais ses limites profondément ne sont pas exactement marquées.— Tumeur circonscrite, du reste, un peu bosselée, pas douloureuse.

M. Robert considérant l'âge de la malade, l'époque à laquelle cette tumeur avait commencé à se développer, considérant que la peau était saine, sans adhérences, que la tumeur était bien limitée, que les ganglions voisins étaient sains, pensa qu'il s'agissait non d'une tumeur carcinomateuse, mais d'une hypertrophie glandulaire, et se décida à en pratiquer une seconde fois l'extirpation. Le jour fut pris pour l'opération, mais la malade voulut attendre encore.

J'ajouterai que M. Robert m'a dit, au commencement de cette année (1856),

avoir revu la malade. La tumeur a peu grossi. Elle a conservé tous les caractères indiqués plus haut; les parties voisines, les ganglions sont parfaitement sains. Ce renseignement vient confirmer encore ce que j'ai dit à propos du diagnostic de cette tumeur, et de la valeur de cette observation.

M. Robert a revu la malade vers le mois de septembre 1857. La tumeur est restée bien limitée, et M. Robert doit en pratiquer l'extirpation.

A la fin de cette même année 1857, l'ablation de la tumeur a été pratiquée, et M. Robert m'a prié de l'aider dans cette opération. Si j'ai laissé subsister les diverses additions précédentes, c'est pour insister encore sur la valeur de cette observation.

La tumeur, au moment de l'opération, avait le volume du poing environ, bosselée, mobile sous la peau, mobile profondément. Cependant on sent un pédicule qui s'engage dans l'excavation parotidienne. La cicatrice de la première opération est étalée et peu visible. La tumeur forme un relief et refoule en haut le lobule de l'oreille, les différentes bosselures qui la composent sont reliées entre elles, et forment une seule masse; quelques-unes remontent jusque derrière le pavillon de l'oreille. La sensibilité est intacte; la mastication un peu gênée, l'ouïe bien conservée. La santé générale est très bonne, et les parties voisines parfaitement saines.

M. Robert pratiqua cette opération en suivant son procédé ordinaire: une incision courbe, parallèle au lobule de l'oreille, et une incision perpendiculaire à celle-ci, suivant à peu près la direction de la branche montant de la mâchoire. La dissection est longue, pénible, minutieuse. Le pédicule s'engage profondément dans l'excavation parotidienne; mais l'opération est bien conduite et bien achevée. — Les deux branches du facial sont coupées, la carotide externe est divisée, et liée immédiatement; on voit battre dans le fond de la plaie la carotide interne.

Il s'est passé un fait, bien connu de M. Robert, et sur lequel M. Velpeau a si souvent appelé l'attention dans ses leçons cliniques : le sang coulait abondamment, et en nappe, de la surface de la plaie; le sang était noir. Quelques boulettes de charpie trempées dans du perchlorure de fer et quelques boulettes de charpie sèche ont suffi pour arrêter l'hémorrhagie; — sur ces boulettes de charpie, plaque d'amadou; pansement simple, bande roulée, un peu serrée.

La plaie a suivi les phases ordinaires des plaies qui suppurent, et depuis bientôt un an la guérison est parfaite.

La pièce a été étudiée et examinée à l'œil nu et au microscope. Elle avait la texture des tumeurs déjà décrites: point de suc; aspect grenu, un peu jaunâtre; consistance friable, un peu ramollie par place. — Au microscope, quelques cellules épithéliales, quelques traces de tissu fibro-plastique, quelques petits noyaux cartilagineux, mais surtout des culs-de-sac glandulaires, simples et rameux, et en doigt de gant. On voyait, sur la face profonde de la pièce, des lobules sains de la glande. On avait dû, pour enlever la tumeur en totalité, tailler dans la parotide refoulée profondément et un peu atrophiée. — *Le facial a été coupé.*

CINQUIÈME OBSERVATION.

Hypertrophie de la parotide. — (Obs. de M. Robert.)

Janvier 1852. — Femme de quarante ans, bonne constitution. — Pas de cause connue. Tumeur parotidienne datant de huit ans, circonscrite, peu mobile, sans adhérence à la peau, sans coloration anormale.

L'opération fait reconnaître à M. Robert que la tumeur adhère par sa base tout entière à la glande parotide, dont il est obligé de couper quelques lobules sains. La dissection est longue et pénible, à cause de la difficulté de bien discerner les parties malades des parties saines. Plusieurs petits conduits salivaires sont coupés.

Le mode d'opération employé a été, comme dans les autres opérations pratiquées pour des tumeurs semblables par M. Robert : une incision semi-elliptique circonscrivant le lobule de l'oreille, et une incision verticale suivant parallèlement la branche verticale de la mâchoire inférieure. Le pansement a consisté à rabattre les lambeaux et à les maintenir par quelques points de suture en comprimant légèrement les tissus pour combler le vide qui existait entre l'oreille et le bord maxillaire.

Rien de grave dans les suites, si ce n'est une fistule salivaire, dont M. Robert n'a pu obtenir la guérison qu'au bout de deux mois, et à l'aide de plusieurs cautérisations avec un stylet rougi à blanc. Cette pièce a été étudiée avec soin par M. Lebert et je transcris la note qu'il a remise à M. Robert.

Cette observation est très importante, surtout à cause de la description qu'en a faite M. Lebert.

Hypertrophie granuleuse et diffuse de la parotide. — (Obs. de M. Lebert.)

29 janvier 1852. — La tumeur a environ 4 à 5 centimètres de longueur et de largeur, elle est de forme irrégulière, sa plus grande épaisseur varie entre 1 ½ et 2 centimètres. Elle porte à sa circonférence un peu de tissu cellulo-adipeux, et, en outre, elle est traversée en tous sens par un tissu cellulo-fibreux, blanchâtre, qui y forme une trame fine et réticulaire.

Le tissu glandulaire proprement dit est composé d'une multitude de lobes, la plupart du volume de 2 à 3 millimètres seulement, mais dont un atteint le volume d'une petite fève et un autre celui d'une noisette. Ces lobes et lobules offrent généralement une forte vascularité à leur surface; avec de faibles grossissements microscopiques on les voit entourés d'un riche réseau d'artères de veines et de vaisseaux capillaires.

Toute la substance de la glande est infiltrée d'un suc transparent et gluant qui ressemble beaucoup plus à la sécrétion normale des glandes sous-linguale et sous-maxillaires qu'à celle de la parotide en état physiologique.

Chaque grain ou lobule de cette hypertrophie glandulaire multiple offre, sous la loupe et le microscope, l'aspect d'un assemblage de glandes mucipares, ovoïdes et allongées, d'un quart à un cinquième de millimètre de longueur sur un tiers en moins de largeur. On reconnaît dans un corps ovoïde, une multitude de lobules terminaux beaucoup plus petits, d'un vingtième de millimètre. Tous ces culs-de-

sac sont réunis par un tissu cellulaire à fibres fines peu rapprochées, contenant dans leurs interstices une substance transparente comme gélatineuse.

Les lobules terminaux se composent d'une membrane d'enveloppe mince, transparente, anhiste, et à leur intérieur d'une expansion membraneuse d'un épithélium pavimenteux à cellules arrondies de 12 à 15 millimètres de diamètre, renfermant un petit noyau de 5 millimètres en moyenne et faisant apercevoir 1 à 2 petits nucléoles.

Dans beaucoup de ces cæcums terminaux les cellules épithéliales sont infiltrées d'une graisse finement granuleuse ou de granules pigmentaires brunâtres.

SIXIÈME OBSERVATION.

(Atlas d'anatomie pathologique de M. Lebert.)

Hôpital Saint-Antoine, service de M. Chassaignac.

Jeune femme de vingt-deux ans, couturière, opérée le 9 mars 1853.

Tumeur située dans la région parotidienne gauche, du volume d'une pomme, mobile, bosselée, dont l'apparition remonte à deux ans, et qui, depuis six semaines, à la suite d'une couche, a augmentè de volume.

Rien à la peau, ni au voisinage; déglutition, phonation, audition normales.

Opération. — Hémiplégie faciale.

Anatomie pathologique. — Tumeur lisse, arrondie, lobulée, entourée d'une membrane d'enveloppe fibro-celluleuse. En disséquant l'enveloppe médiocrement vasculaire, on voit que la tumeur est composée de lobes et de lobules d'un aspect glandulaire surtout évident sur une coupe fraîche. Plusieurs lobules sont transformés en petits kystes remplis d'un sac gluant et transparent. Parmi ces lobules dont les plus petits varient entre le volume d'une lentille et celui d'un grain de chènevis, quelques-uns ont une couleur d'un jaune pâle, blanchâtre. Dans plusieurs points, un tissu fibreux, plus dense, est constitué par le tissu cellulaire interposé entre les lobes et les lobules. La consistance est d'une fermeté élastique. Au grattage on obtient un suc liquide, bien différent de celui du cancer. Lorsqu'on examine ce tissu au microscope, on aperçoit, outre une vascularité d'une abondance du reste inégale, une multitude de lobules primitifs beaucoup plus petits que ceux que l'on voit à l'œil nu, dont quelques-uns dépassent à peine un vingtième de millimètre de largeur, sur une longueur deux ou trois fois plus grande. On reconnaît dans ces lobules une membrane d'enveloppe et un épithélium pavimenteux intérieur. Mais ce qui m'a le plus intéressé dans cette observation, sous le rapport microscopique, c'est que l'on y assiste pour ainsi dire à la formation de lobules glandulaires. On voit en effet tous les degrés intermédiaires entre les cellules mères renfermant un petit nombre de noyaux et des cellules complètes, et d'autres dans lesquelles, avec un volume total beaucoup plus grand, il y a une véritable agglomération de cellules et de noyaux. Plusieurs de ces lobules nouvellement formés prennent l'aspect ovoïde ou dilaté à la base, en forme de bouteille ou de poire, que

nous rencontrons si souvent en pareille circonstance. Dans d'autres enfin, il y a une disposition concentrique et lamelleuse dans les parois.

Les cellules épithéliales de cette tumeur ne dépassent guère un quatre-vingtième à un soixantième de millimètre, leur forme est arrondie; elles sont généralement plates et leurs noyaux varient entre un deux-centième et un trois-centième de millimètre, montrant çà et là des nucléoles très petits.

L'enveloppe fibro-celluleuse et le tissu fibreux de l'intérieur de la tumeur ne montrent que des éléments fibreux avec quelques noyaux fibro-plastiques. En résumé, nous avons affaire à une hypertrophie de la substance même de la parotide; nous y assistons, d'un côté, à la formation de nouveaux lobules primitifs, tandis que, d'un autre côté, nous y constatons un des derniers termes de leur altération, la transformation kysteuse.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Tumeur parotidienne hypertrophique avec quelques noyaux cartilagineux. — Extirpation. — Guérison. — Fistule salivaire persistante. — (Obs. de M. Gosselin.)

1855. — Lecouvé, soixante et un ans, est entré le 24 août à l'hôpital Cochin pour une plaie contuse, avec écrasement du doigt médius de la main droite. Cette blessure a nécessité l'amputation dans la continuité de la première phalange, le 21 septembre.

De plus il porte depuis vingt-cinq à trente ans dans la région parotidienne gauche une tumeur indolente, bosselée, un peu moins grosse que le poing, mobile sur la couche profonde et sous la peau, tumeur qui depuis quelque temps amène, en se développant du côté du conduit auditif, un peu de surdité et des bourdonnements.

Cette tumeur est saillante, fait un relief dans le sillon parotidien. La peau qui la recouvre est piquetée, rougeâtre, sans induration. La tumeur est bosselée; les bosselures offrent une résistance inégale: les unes sont dures, comme cartilagineuses; les autres, plus superficiellement placées, sont plus dépressibles, plus élastiques; une d'elles est plus molle et fluctuante.

La forme de la tumeur, la date de son apparition, sa marche, son siége, sa dureté dans certains points éloignent l'idée d'une tumeur ganglionnaire. Son ancienneté, sa mobilité, l'état parfaitement sain des ganglions voisins écartent la pensée d'une affection maligne.

M. Gosselin et M. Bauchet diagnostiquent une tumeur parotidienne hypertrophique avec quelques noyaux cartilagineux. Le malade porte des cicatrices du côté droit du cou qui datent de l'enfance, mais aucune du côté gauche.

Le 3 octobre. — *Opération.* — Elle a consisté en une incision cruciale et la dissection des quatre lambeaux, puis énucléation de la tumeur, qui a été facile, et que l'on a faite en partie avec les doigts, en partie avec une spatule; quelques artérioles ont été liées. Les quatre lambeaux ont été rapprochés et réunis par quelques points de suture seulement, il restait trop de peau, et il a fallu en exciser une portion. — Pansement simple. Compression modérée. — *Pas d'hémiplégie faciale.*

4 octobre. — Il y a eu hier une hémorrhagie qui a été facilement arrêtée.

31 octobre. — La plaie est presque entièrement cicatrisée, il sort un peu de liquide séreux qui ne paraît pas être de la salive.

6 novembre. — Depuis quelques jours, l'appareil est mouillé d'une grande quantité de liquide, ainsi que l'oreille; nous ne voyons cependant pas sortir la salive, mais il n'est pas douteux qu'elle s'écoule dans la journée.

Sorti à la fin de novembre, il conserve encore une *fistule* perdue dans les plis de la cicatrice, mais qui entretient l'humidité de la région ; la cautérisation a été faite cinq ou six fois.

17 décembre. — Revenu à la consultation, il y a encore une fistule invisible mais réelle. — Revu en février, mars, avril, il conserve une fistule salivaire. Le liquide coule surtout quand il mange, cependant la quantité paraît diminuer. — Un mois plus tard, guérison complète.

Examen de la pièce. — En fendant la tumeur on trouve : 1° à son centre quelques noyaux cartilagineux, facilement reconnaissables à leur dureté et à leur couleur ; 2° à la périphérie quelques lobules assez gros rappelant d'une manière éloignée les lobules normaux de la parotide. Quelques lobules ont un aspect grenu, jaunâtre, rappelant très bien les lobules des tumeurs adénoïdes ; 3° un kyste contenant une matière rougeâtre. Point de suc cancéreux. Au microscope point de cellules cancéreuses ; au centre cellules de cartilages, à la périphérie épithélium nucléaire et culs-de-sac glandulaires peu abondants. Il s'agit donc d'une *tumeur adénoïde* avec quelques *noyaux cartilagineux*.

Cette tumeur a été présentée à la Société de chirurgie dans la séance du 3 octobre 1855. M. Broca en a fait l'examen microscopique et en a rendu compte dans la séance du 10 octobre 1855. Comme M. Gosselin et M. Bauchet, M. Broca a trouvé au centre un noyau dur, résistant, criant sous le scalpel, formé de fibro-cartilages, et à la périphérie, où la tumeur était mollasse, grenue, jaunâtre, des culs-de-sac glandulaires.

M. Robin a aussi étudié cette tumeur avec soin, et voici la note qu'il m'a remise :

« Le tissu est d'un gris jaunâtre, d'aspect tout spécial, offrant çà et là des points rouges, dans les parties où s'enfonce le tissu cellulaire. Par places se voient des surfaces moins jaunâtres, plus grisâtres et d'un gris blanchâtre. Celles-ci correspondent à des noyaux irréguliers, durs et compactes s'irradiant dans l'épaisseur de la tumeur. Ils sont plus nombreux vers le centre que dans les autres points. Ces sortes de noyaux, irréguliers, durs, sont facilement reconnaissables au microscope pour du tissu fibro-cartilagineux, dont la trame présente des analogies fort manifestes avec le tissu fibro-cartilagineux du conduit auditif externe. Le tissu gris jaunâtre présente une assez grande résistance à la déchirure. Il est çà et là manifestement traversé de faisceaux fibreux, minces, mais résistants, qui des noyaux fibro-cartilagineux s'étendent vers la surface. Ce tissu offre la structure suivante, qui est des plus intéressantes.

Il est composé en très grande partie (pour les huit-dixièmes environ) de filaments, ou cylindres d'épithélium, partie nucléaire, partie pavimenteux. Ces cy-

lindres sont pleins et non creux. Ils sont ramifiés en doigt de gant. Les ramifications et terminaisons en cul-de-sac sont courtes et conservent une certaine analogie de forme avec les culs-de-sac des glandes salivaires. Toutefois on en trouve un plus grand nombre qui se terminent en cônes un peu maigres. Quelques-uns en outre, des plus allongés, offrent quelquefois des resserrements qui tendent à leur donner une disposition un peu moniliforme. Ces cylindres ramifiés sont généralement deux à trois fois plus larges que les culs-de-sac salivaires. Le cylindre principal avec lequel plusieurs doigts de gant sont en communication, atteint souvent jusqu'à 2 à 3 millimètres de diamètre.

La constitution de ces cylindres ramifiés conservant une analogie évidente avec les ramifications des tubes glandulaires, est des plus remarquables. On n'aperçoit autour d'eux aucune gaîne ou enveloppe amorphe spéciale, mais ils sont constitués tantôt par de l'épithélium nucléaire seulement, tantôt par de l'épithélium pavimenteux; d'autres fois enfin, en partie par l'une, en partie par l'autre variété. Dans ce dernier cas il est très fréquent, sinon ordinaire de trouver les parties d'un cylindre composées d'un épithélium nucléaire, renfermant une certaine quantité de matière amorphe, finement granuleuse, qui écarte les noyaux. Or, en partant d'un point du cylindre où il n'y a que de l'épithélium nucléaire, et arrivant graduellement jusqu'aux parties composées d'épithélium pavimenteux, on aperçoit manifestement les points où commence la division ou segmentation de la matière amorphe interposée aux noyaux par des lignes d'abord très pâles, puis de plus en plus foncées, qui la subdivisent en autant de cellules polyédriques qu'il y a de noyaux. Chaque noyau devient aussi le centre d'une cellule, quelquefois pourtant il arrive que les lignes, dont nous venons de parler, embrassent deux noyaux et déterminent ainsi la production d'une cellule, à deux, ou même quelquefois à trois noyaux. D'un cylindre à l'autre, ou même d'un point à l'autre du même cylindre, on peut voir les noyaux varier de volume depuis 8 jusqu'à 13 millimètres de diamètre. Ces noyaux sont presque tous ovoïdes. Les plus petits sont généralement finement granuleux, le plus souvent sans nucléoles. Ceux de moyenne grandeur et les plus grands sont peu granuleux, à contour net, à centre transparent, presque tous pourvus de un, deux et même trois nucléoles jaunâtres, brillants, dépassant rarement 1 millimètre.

Tous ces faits sont importants à noter, parce que dans cet ordre de tumeurs, ces éléments que nous venons de décrire, en les considérant dans les cylindres mêmes qu'ils forment, se dissocient très facilement, lorsque la production est enlevée depuis vingt-quatre ou quarante-huit heures. Si on ne les voyait qu'isolés, au lieu de les voir avec leur arrangement réciproque spécial, on pourrait être mal à propos conduit à les comparer à des éléments autres que les épithéliums.

Les cellules offraient un volume dépassant quelquefois peu celui des noyaux, mais pouvant aller jusqu'à deux et trois fois le diamètre des plus grands. Dans un assez grand nombre de cylindres (et en particulier dans ceux que nous avons fait figurer) on rencontrait une disposition des cellules qui, comme dans les affections analogues de la mamelle et du col de l'utérus, a été observée par nous, pour la première fois, dans les tumeurs de la région parotidienne. Il s'agit de l'aspect vésiculi-

forme que présentent certaines des cellules. Sans dépasser de beaucoup le volume de celles dont nous venons de parler, elles manquent presque toujours de noyaux et sont complétement dépourvues de granulations moléculaires. De là une transparence, une pâleur et une netteté de leur circonférence qui est très remarquable. Tantôt elles sont isolées et alors arrondies ou ovoïdes, tantôt elles sont comprimées réciproquement, et alors très élégamment polyédriques.

Il importe de noter l'existence de ces interstices des cylindres ramifiés que nous venons de décrire longuement, par la présence : 1° de faisceaux de tissu fibreux, compacte ; 2° d'une grande quantité de granulations graisseuses ayant de 1 à 5 millimètres, soit libres, soit accompagnées d'un peu de matière amorphe grisâtre ; 3° d'une quantité presque aussi considérable de globules, ayant de $\frac{2}{100}$ à $\frac{8}{100}$ de millimètre, les uns sphériques, les autres ovoïdes ou irréguliers. Ces globules ressemblent à ceux dits *globules granuleux de l'inflammation*, mais ils se dissocient beaucoup plus facilement ; ils sont plus gros, et ils sont plus manifestement formés par des granulations graisseuses, et quelquefois par des gouttes huileuses assez grosses, agglomérées et agglutinées les uns contre les autres de manière à former une masse sphérique. Ces matières grasses sont certainement une des causes principales de la teinte jaunâtre et mate que présente la plus grande partie de la coupe de la tumeur. Ce qui, outre l'analogie, tend à le prouver, c'est qu'un certain nombre de lobules, arrondis, saillants à la surface de la tumeur, au lieu d'être durs et fibro-cartilagineux comme la plupart, étaient mous, de consistance glandulaire, de couleur grise ou rougeâtre, ou presque demi-transparents. Or ces lobules renfermaient moins de cylindres ramifiés que le reste de la masse ; ils étaient composés en grande partie de matière amorphe transparente, peu granuleuse, ne contenant que des granulations grisâtres, fixes, *sans granulations* graisseuses, et parcourue par de minces fibres ou stries ramifiées, entre-croisées en tous sens, offrant absolument la disposition (sauf le diamètre) des stries que donne au fibro-cartilage la structure d'où lui vient son nom. Ces fibres ou stries étaient du reste peu résistantes et se brisaient presque avec autant de facilité que la matière amorphe qu'elles parcourent.

Un fait digne de remarque, c'est que la pression faisait suinter çà et là un suc jaunâtre principalement composé de matière amorphe diffluente et de beaucoup de granulations graisseuses, mais on ne faisait suinter aucune goutte de sang : fait qui coïncide avec l'impossibilité de trouver à l'aide du microscope des vaisseaux dans le tissu, ailleurs qu'au niveau des interstices superficiels des lobes arrondis saillants au dehors. Toutefois il importe de noter que l'enveloppe fibro-cellulaire, épaisse de 1 à 2 millimètres, restée adhérente à la surface extérieure de la tumeur, après l'ablation, est au contraire très riche en vaisseaux, parmi lesquels il faut signaler beacoup de veines et quelques artérioles visibles à l'œil nu.

La dissection permet de constater que les vaisseaux ne pénètrent pas dans l'épaisseur du tissu morbide, car on peut séparer, complétement et facilement, par de simples manœuvres d'énucléation, le tissu nouveau de cette enveloppe cellulo-vasculaire. On voit alors que les vaisseaux ne pénètrent pas dans le produit morbide, ainsi qu'on vient de le dire.

Enfin, un fait qui ne restera pas dépourvu d'intérêt pour les physiologistes qui ont expérimenté sur les glandes salivaires, c'est que la dissociation dans l'eau des petits fragments qui offraient le plus d'analogie avec le tissu glandulaire donne au liquide la même viscosité que lui communique la dissociation d'un acinus de la parotide, on mieux de la sous-maxillaire.

Pour M. Robin, cette tumeur serait donc à l'hypertrophie parotidienne pure et simple ce que l'épithélioma de la glande mammaire est à la tumeur adénoïde.

Cette note de M. Robin m'avait paru, au moment où je l'ai reçue, en contradiction avec le résultat de l'examen de la pièce fait par M. Broca. La dernière observation de M. Robert est venue me donner la clef de cette apparente contradiction. Dans les tumeurs glandulaires hypertrophiques, si le cul-de-sac et l'épithélium qui les tapissent s'hypertrophient simultanément, on retrouve tous les caractères des acini, le type de l'hypertrophie glandulaire. Mais il peut arriver que le développement épithélial soit très considérable. Alors la membrane d'enveloppe qui ne suit pas la rapidité de cette évolution disparaît. Il reste les éléments épithéliaux, qui dans certains cas conservent encore leur disposition primitive en doigt de gant, dans d'autres au contraire se présentent disséminés sans offrir cette disposition.

Dans ces deux derniers cas, c'est l'*épithélioma glandulaire*, ou mieux encore, comme l'a dit M. Verneuil, l'*hypertrophie glandulaire avec production énorme d'épithélium*. On peut dans une même pièce retrouver ces différents états.

M. Verneuil, qui a fait l'examen de la tumeur enlevée par M. Robert, a bien fait ressortir devant la Société anatomique ces diverses phases, ces divers modes de développement des tumeurs adénoïdes. Je reviendrai sur ce fait à propos de l'examen de la pièce de l'observation n° 9, comme je l'ai déjà fait en traitant de l'anatomie pathologique de l'hypertrophie parotidienne.

HUITIÈME OBSERVATION.

Tumeur hypertrophique de la parotide droite. — Extirpation. — Fistule salivaire. — Cautérisation. — Guérison. — (1852. — Obs. de M. Velpeau.)

Salle Sainte-Catherine n° 9. — Jeune fille de vingt-trois ans, passementière. Entrée le 24 août 1852, opérée le 28 août, sortie le 3 octobre 1852. — Cette jeune fille est d'une assez forte constitution, d'un tempérament lymphatique, dont les manifestations ont produit, dans son enfance, des engorgements des ganglions sous-maxillaires, qui ont disparu. La peau est fine, transparente, la taille assez grande. Elle est réglée depuis l'âge de seize ans ; dans sa famille on ne trouve aucune trace de maladie héréditaire.

Il y a sept ans environ, après plusieurs jours de souffrances occasionnées par quelques dents cariées, dont on retrouve les racines à la mâchoire supérieure droite, elle vit se développer dans la région parotidienne une tumeur d'abord toute petite, mais qui s'est développée peu à peu de façon à acquérir la grosseur que nous lui voyons aujourd'hui. Cet accroissement de volume s'est fait sans la moindre dou-

leur. Mais cette tumeur détermine un peu de difformité ; elle brise d'une manière disgracieuse l'ovale du visage, et cette jeune fille, qui a vingt-trois ans, vient réclamer le secours de la chirurgie. Toute sorte de pommades fondantes ont été inutilement mises en usage.

Etat actuel. — Au-devant du lobule de l'oreille, en arrière de la branche ascendante du maxillaire inférieur, sous des *téguments parfaitement intacts*, on voit une petite tumeur du volume d'une noix faisant une saillie de 3 centimètres à peu près sous la peau qui la recouvre, et qui, à son niveau, n'est nullement amincie. Le doigt qui l'explore n'y sent aucune trace de fluctuation, aucun battement ; il reconnaît qu'elle est dure, bien limitée en bas, en avant et en arrière, mais qu'en dedans elle se moule sur la branche ascendante du maxillaire inférieur, sans toutefois adhérer à ces os. Quoiqu'elle se prolonge vers les parties profondes, on peut cependant lui imprimer des mouvements indépendants des mouvements de la mâchoire.

La face est régulièrement développée ; la bouche, bien symétrique à droite et à gauche, éloigne toute idée de compression du nerf facial ; la mastication se fait bien ; l'arcade dentaire inférieure s'abaisse sans difficulté, et l'insalivation des aliments se fait aussi bien du côté droit que du côté gauche ; enfin l'ouïe est conservée, et sur la peau du voisinage la sensibilité n'a subi aucune atteinte. Les fonctions générales sont excellentes ; l'appétit est bon, le sommeil conservé.

Le 28 août. — M. Velpeau, après avoir chloroformisé la malade, procède à l'extirpation de la tumeur. Une incision courbe, à concavité tournée en haut, divise les téguments. Le lambeau supérieur disséqué permet de saisir la tumeur avec une érigne et de l'extraire, en explorant attentivement avec le doigt les tissus dont le bistouri va faire la section. Après la ligature de quelques artères, on fait un pansement à plat, et la malade, qui n'a ressenti aucune douleur, est rapportée dans son lit.

Le 31. — La malade va bien : on lève le premier pansement. La plaie a bon aspect.

Le 6 septembre. — Les bourgeons charnus remplissent le fond de la plaie ; bon état général ; pansement simple.

Le 12. — La suppuration est moins abondante, elle devient un peu séreuse, les bords de la plaie sont rapprochés l'un de l'autre.

Le 20. — La plaie, dont les bords sont un peu retournés en dedans, est aujourd'hui très petite. Elle donne passage à de la sérosité limpide, dont la quantité augmente aux moments des repas. Emplâtre d'onguent de la mère.

Le 25. — Cautérisation de la plaie avec le nitrate d'argent.

Le 28. — Même état. L'écoulement fistuleux est toujours le même. *Nouvelle cautérisation*, mais plus profonde que la première.

Cette malade, sortie de l'hôpital, a subi plusieurs cautérisations qui ont amené la cicatrisation complète de la plaie, et disparition de la *petite fistule salivaire*.

La pièce, examinée à l'œil nu, offrait cet aspect lobulé, jaunâtre, grenu, si caractéristique dans les tumeurs adénoïdes du sein. Elle était bien limitée, bien circonscrite, recouverte d'une couche cellulo-fibreuse qui se prolongeait dans l'épaisseur de la masse morbide et la divisait en plusieurs lobules. Ces lobules étaient plus ou moins consistants, suivant les points où on les examinait. Ils se laissaient écraser

sous le doigt, et il restait sur l'ongle une pulpe formée de grumeaux, de petits grains jaunâtres. Il ne suintait pas de suc par la pression.

L'examen microscopique n'a pas été fait. Mais en lisant attentivement cette note qui précède, en songeant à l'aspect, à la forme, au siége, au développement de la tumeur, et surtout à cette circonstance que l'opération a déterminé une petite fistule salivaire, il ne peut rester aucun doute, je pense, sur la nature de cette affection.

Le nerf facial a été respecté. Il n'y a eu aucune trace d'hémiplégie faciale.

Examen de deux pièces pathologiques.

A. — Après ce fait, vient se placer tout naturellement une pièce qui nous a été présentée à la Société anatomique, au commencement de cette année, par M. Guyot, et dont M. Verneuil a fait un examen attentif. Cette tumeur occupait la région parotidienne. Elle avait été recueillie sur une femme qui est entrée à l'hôpital Saint-Louis pour une hernie étranglée, et qui a succombé peu d'heures après son arrivée, de façon qu'on n'a pu obtenir aucun détail.

Cette tumeur avait à peu près le volume d'un œuf. Elle était bosselée, adhérente intimement à la glande parotide, sans adhérence avec la peau, qui avait sa coloration normale. Elle faisait un relief bien marqué dans le sillon situé entre la branche de la mâchoire, le lobule de l'oreille et le sterno-mastoïdien. Elle était dure, criant sous le scalpel, par places d'une consistance fibro-cartilagineuse, élastique, et offrant à la coupe l'apparence du tissu fibreux ; on retrouvait les éléments du tissu fibreux, pas d'éléments glandulaires, excepté profondément dans le point où la tumeur se perdait dans la parotide. C'est à des tumeurs semblables que s'appliquait surtout le nom de *tumeurs fibreuses*.

C'est pour moi une des variétés de l'hypertrophie de la parotide, variété que l'on retrouve pour la mamelle, variété que l'on doit rencontrer dans toutes les hypertrophies glandulaires, et qui porte surtout sur l'élément fibreux. On peut rapprocher de ce fait l'observation n° 10.

B. — Enfin, j'ai pu examiner une pièce que m'a remise M. Barbrau, interne des hôpitaux. Cette pièce avait été enlevée sur un cadavre, dans la région parotidienne. J'y ai trouvé d'abord les lobules de la parotide, dont quelques-uns étaient légèrement hypertrophiés, et dans ces lobules, au centre des canalicules glandulaires, de petits calculs, en tous points semblables à ceux que j'avais déjà vus dans une tumeur adénoïde du voile du palais, et que M. Robin a décrits plus récemment dans une note insérée dans le *Moniteur des hôpitaux* (1re série, t. IV, n° 56). De ces calculs, les uns étaient logés dans les culs-de-sac, dans les canalicules glandulaires, d'autres dans les interstices des lobules et dans leur trame fibreuse. Les uns étaient petits et un peu mous, les autres, au contraire, chagrinés à leur surface, durs, surtout au centre, où ils présentaient comme un véritable noyau. Ils étaient grisâtres ou blanchâtres, et leur coupe avait une apparence striée. Ils m'ont paru analogues à des petits noyaux cartilagineux.

NEUVIÈME OBSERVATION.

Hypertrophie de la parotide, avec production énorme d'épithélium. — (Obs. de M. Robert, recueillie à l'hôpital Beaujon par M. Pascal, interne du service.)

Druelle (Henriette-Dorothée), âgée de vingt-huit ans, sans profession, demeurant à Belleville, rue de la Courtille, n° 27, née à Saint-Quentin, mariée, est entrée le 8 mai 1856.

Cette malade, d'une constitution lymphatique-nerveuse; pâle, cheveux blonds; a été réglée à l'âge de quatorze ans; les règles ont toujours été régulières, suffisamment abondantes, d'un sang épais et rouge; elle n'a jamais eu de flueurs blanches.

Elle habite Paris depuis seize ans, et s'est toujours trouvée dans de bonnes conditions matérielles; elle n'a jamais fait aucune maladie grave, elle n'a jamais eu que des maux de gorge et de fréquentes migraines, surtout à l'époque des règles.

Personne, dans sa famille, n'a présenté de maladie analogue à celle qui nous occupe. Elle est accouchée une première fois le 30 septembre 1854, une seconde fois le 30 septembre 1855.

Vers la fin de l'année 1848, en se passant une serviette sur la figure, elle s'aperçut de la présence, un peu au-dessus de l'angle de la mâchoire inférieure du côté gauche, d'une petite tumeur mobile, roulante, du volume d'un gros pois, nullement douloureuse à la pression.

Actuellement, cette tumeur occupe la région parotidienne; elle s'étend verticalement de l'arcade zygomatique à l'angle de la mâchoire inférieure; transversalement de la partie moyenne du muscle masséter jusqu'au niveau du tragus, de l'antitragus et du lobule; elle repousse en arrière la partie inférieure du pavillon de l'oreille; une petite portion de la tumeur dépasse en arrière le lobule et s'étend immédiatement au-dessous de l'apophyse mastoïde, jusqu'au bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien.

Cette tumeur est demi-ovoïde : si l'on coupe un œuf par un plan passant par un grand axe, chacune des moitiés résultant de cette coupe représentera assez exactement sa forme. Son grand axe est vertical. Elle est du volume d'un petit œuf de poule; elle présente un grand nombre de petites bosselures uniformément répandues. Elle est assez dure à sa base, résistante, élastique et plus molle à son sommet nullement fluctuante; elle est très mobile sur les parties sous-jacentes. La peau qui la recouvre est très légèrement tendue, nullement amincie; sa couleur est la même que celle des parties voisines; cependant, à la partie moyenne, elle présente quelques petites veines capillaires légèrement variqueuses; elle est très mobile sur la tumeur.

Depuis son apparition jusqu'au 30 septembre 1854, cette tumeur a grossi d'une manière insensible: depuis la première couche de la malade, elle a doublé de volume, avec recrudescence à l'époque de la seconde couche. A aucune époque, cette tumeur n'a été douloureuse; elle est seulement sensible au froid qui y détermine une

petite douleur sourde. Elle n'est le siége d'aucun battement. L'ouïe, de ce côté, lui semble un peu moins fine que du côté opposé.

Il n'y a aucun signe de paralysie faciale; la sécrétion de la salive est aussi normale de ce côté que de l'autre.

Depuis deux mois, ses migraines ont augmenté, mais pas plus du côté gauche que du côté droit. Aucun ganglion voisin n'est tuméfié.

M. Robert pratique l'ablation de cette tumeur le 15 mai 1856, suivant son procédé ordinaire, de la manière suivante : Une première incision courbe, à concavité supérieure, parallèle au lobule de l'oreille, s'étendant transversalement d'un côté à l'autre de la tumeur; une petite incision verticale, perpendiculaire à la première. Les deux petits lambeaux triangulaires formés par les deux incisions sont relevés, et l'on arrive sur la tumeur. La tumeur est enkystée, molle à son sommet, s'écrasant sous les doigts, et sous les tractions des érignes et des pinces à disséquer. Cet écrasement rend la dissection et l'énucléation des parties profondes, un peu plus laborieuse. On y arrive cependant en déchirant avec les doigts, et en disséquant avec le bistouri. Toute la tumeur est enlevée, et l'on voit qu'elle occupe une loge bien limitée dans l'excavation parotidienne. La tumeur s'enlève facilement, sans qu'il soit besoin de couper le tissu même de la parotide. Une petite artère, la transversale de la face, est coupée et liée immédiatement. Une veine grosse comme une plume de corbeau donne beaucoup de sang, on en pratique la ligature. Une autre artère, qui paraît être la temporale, est divisée et liée aussi sans difficulté. Le *nerf facial est épargné*. Pas de trace de paralysie. On voit le conduit de Sténon parfaitement intact dans le fond de la plaie. La plaie est nettoyée, les lambeaux facilement rapprochés, et réunis par trois points de suture séparés. — Pansement simple.

Deux jours après, le 17 mai, la plaie est presque complétement réunie, les points de suture sont enlevés. La plaie transversale est complétement réunie, excepté à son point de jonction avec l'incision verticale. La plaie verticale est complétement réunie aussi, excepté dans le point indiqué. Un peu de tuméfaction; quelques gouttes de pus sur le pansement. — Pansement simple.

Le 22 mai. — Pas d'accidents depuis l'opération; pas de fièvre, pas de douleur; un peu de suppuration au niveau du point de jonction des deux plaies; peu de tuméfaction; la cicatrice sera à peine visible. Bon appétit.

Tout s'est passé très régulièrement sans aucun accident. La malade a quitté le service de M. Robert le 29 mai, complétement guérie, et portant une très belle cicatrice à peine visible. — *Pas d'hémiplégie faciale, pas de fistule salivaire.*

Examen de la pièce.

Toute la masse, qui est du volume d'un petit œuf, offre une teinte grenue, rougeâtre. Elle est friable, molle, et se laisse facilement écraser dans sa portion superficielle. La partie qui était plus profondément placée, en rapport avec la glande parotide, est dure, élastique, offrant au doigt et au scalpel la résistance du cartilage.

La coupe de cette partie de la pièce est d'un blanc grisâtre. La tumeur est lobulée, mais on ne peut pas séparer les différents lobules, parce qu'ils sont trop mous

à la périphérie, parce qu'ils sont trop résistants, fibro-cartilagineux profondément. A l'œil nu, c'est une tumeur adénoïde dans la portion qui était saillante, une tumeur fibro-cartilagineuse à sa base. Au microscope, j'ai trouvé des noyaux de cartilage bien caractérisés, des culs-de-sac glandulaires, foncés, remplis d'épithélium, et une grande quantité d'épithélium libre. MM. Robin et Verneuil ont aussi fait l'examen de cette pièce; voici la note que m'a remise M. Robin.

Note de M. Robin.

« Le tissu de la tumeur se trouve composé principalement par une trame représentée par du tissu fibro-cartilagineux offrant çà et là des espèces de vacuoles aréolaires remplies par des acini ayant la structure glandulaire (1).

» Le tissu fibro-cartilagineux est remarquable par l'écartement des fibres anastomosées et ramifiées qui le parcourent, et par la transparence de la substance amorphe, ou substance fondamentale du cartilage interposée à ces fibres. Les cavités et cellules du cartilage sont plus écartées, plus rares dans cette tumeur qu'on ne le voit habituellement. Elles sont beaucoup plus rares que dans le tissu fibro-cartilagineux de l'oreille, avec lequel celui-ci offre cependant une certaine analogie quant à l'aspect général. Les acini trouvés dans les aréoles de ce tissu sont formés par des culs-de-sac offrant le volume et le mode de ramification de ceux de la parotide. Seulement ils sont beaucoup plus foncés, *parce qu'ils sont entièrement remplis par de l'épithélium*. Celui-ci est nucléaire, ovoïde, dans la plupart d'entre eux; dans quelques-uns pourtant c'était l'épithélium pavimenteux qu'on observait.

» Ainsi, cette tumeur est en partie *fibro-cartilagineuse*, en partie *glandulaire*. »

Voici maintenant la note de M. Verneuil (2).

« La tumeur est composée d'un tissu mollasse, friable, facile à désagréger et qui présente d'ailleurs dans les différents points de son étendue des aspects divers.

» On trouve au centre un noyau du volume d'une noisette et d'une consistance assez grande pour résister à la pression sans s'écraser; tout autour, au contraire, se trouve une matière moins cohérente, formée de petits grains conglomérés dont le volume varie d'un quart de millimètre à un millimètre. Ces grains sont réunis plusieurs ensemble, mais se désagrégent sans peine; en d'autres points, on trouve encore des noyaux fermes, et en résumé tous les degrés existent entre la consistance d'une tumeur solide et le magma grenu que je décrivais plus haut. Tout ce tissu est sec, c'est-à-dire qu'aucun suc ne l'imprègne. Lorsqu'on en écrase quelques parcelles entre les doigts ou entre des lames de verre, il semble qu'on a affaire à un smegma épais.

» Le noyau dur est d'une couleur blanchâtre, assez homogène, et qui rappelle assez

(1) N'est-ce pas là l'enchondrome de la parotide en voie de formation?

(2) Cette note de M. Verneuil vient encore à l'appui de cette théorie des enchondromes parotidiens.

bien l'aspect des gros amas d'épiderme qu'on trouve dans les épithéliomas récidivés. Ailleurs, les autres points consistants sont rosés, transparents, à la manière de certaines tumeurs colloïdes, dures ; enfin la matière grumeleuse est colorée en rouge vif : cela ne tient pas à la matière fondamentale de la tumeur, mais bien à du sang épanché, peut-être pendant l'opération, et qui teint les grains glanduleux. Tous ces caractères rappellent ceux qu'on observe parfois dans des tumeurs glandulaires du sein, si ce n'est que les acini paraissent beaucoup moins volumineux. Cependant, si la provenance de la tumeur n'était pas connue, on pourrait supposer qu'il s'agit d'une tumeur épithéliale papillaire, ou encore (hypothèse soulevable) d'un épithélioma d'une membrane séreuse de l'arachnoïde en particulier.

» L'examen microscopique rend bien compte de cet aspect douteux, intermédiaire entre celui des adénomes et des épithéliomes. En effet, toute cette production est formée par un seul élément anatomique, l'épithélium ; ce qui fait que le meilleur nom à donner à cette lésion serait celui d'*épithélioma glandulaire*.

» Entrons dans quelques détails. Lorsque l'on détache avec précaution quelques parcelles de la matière grumeleuse, dont je parlais plus haut, et qu'on les examine à la loupe, on reconnaît la configuration intérieure des acini groupés comme les lobules floraux du chou-fleur ; ils sont séparés par du sang. Lorsque l'on soumet la préparation à un grossissement de 25 à 50 diamètres, on distingue encore des masses arrondies assez régulières et à contour assez nets ; mais si l'on exerce, à l'aide de la lamelle de verre supérieure, une pression même très légère, le tissu s'écrase et la préparation devient bien confuse et perd sa forme régulière.

» L'emploi des grossissements supérieurs (300 à 500 diamètres) ne montre plus que de l'épithélium en amas confus mélangés à des globules de sang, et rien ne rappelle plus la disposition acineuse.

» L'examen microscopique est rendu très difficile par cette friabilité extrême, et j'ai dû faire un assez grand nombre de préparations avant de constater l'existence réelle de l'élément glandulaire, qui paraissait si évident à l'œil nu, ou armé seulement de la loupe.

» Ces difficultés contrastent avec la facilité que présente en général l'examen des hypertrophies glandulaires ; la raison en est facile à donner.

» Les glandes se composent à l'état normal, et sans compter les tissus accessoires (vaisseaux, nerfs, tissu cellulaire), de deux éléments primordiaux, savoir : la paroi propre ampulliforme, vésiculiforme, ou tubuliforme, suivant les glandes ; puis un contenu épithélial, formé soit par des noyaux, soit par des cellules à noyaux plus ou moins condensés et disposés en mosaïque.

» Or dans l'hypertrophie glandulaire, lésion dont les formes sont très variées, la production exubérante, l'*hypergénèse*, peut porter tantôt sur l'un, tantôt sur l'autre des éléments accessoires ou primodiaux, avec atrophie, disparition d'un ou de plusieurs de ces mêmes éléments ; de là des différences très notables dans la composition. C'est précisément ce qui est arrivé ici ; non-seulement on ne retrouve plus ni tissu cellulaire, ni vaisseaux (ou au moins ces tissus sont-ils réduits à de faibles proportions), mais la paroi glandulaire elle-même a disparu, comme atrophiée par le

développement excessif de l'épithélium contenu. C'est à peine si çà et là on retrouve quelques tronçons de canaux cylindriques remplis d'épithélium et munis encore d'un vestige de paroi propre. En sorte que, si l'on se refusait à admettre l'épithète d'*épithélioma glandulaire*, on pourrait dire qu'il s'agit d'une *hypertrophie glandulaire à forme épithéliale*, ou plus simplement, d'après des principes que j'ai formulés ailleurs, *adénome épithélial parotidien*.

» Ceci nous rend compte de tout. L'épithélium, en l'absence même de paroi enveloppante, constituait encore des amas aciniformes, mais la moindre pression déformait ces grains sans cohésion. La friabilité du tissu s'explique donc aussi bien que l'aspect glandulaire, et nous comprenons de plus la ressemblance de la tumeur avec des épithéliomas purs, puisque à vrai dire la composition anatomique est analogue.

» Les divers degrés de consistance de la tumeur, la coloration variable de ses différents points, sont dus simplement à ce que les cellules sont ici plus condensées et comme stratifiées, là au contraire plus lâchement agglomérées, et que les globules sanguins s'y mêlent en plus ou moins grande proportion. Quant à l'épithélium lui-même, il a subi une métamorphose facile à saisir. Il est d'abord pavimenteux, mais de plus les cellules sont larges, plates, pâles, à contours anguleux irréguliers; quelques-unes sont granuleuses à l'intérieur. Le noyau y est pâle, mal défini, pour la plupart, souvent absent en apparence. L'acide acétique le met en évidence; on le voit alors plus gros qu'à l'état normal, un peu obscur, sans nucléole.

» La préparation a souvent un aspect strié, fibroïde: cela est dû à la stratification des lamelles épithéliales qui sont imbriquées et pressées les unes contre les autres, comme l'épiderme stratifié de la peau du talon, par exemple. La pression réciproque imposée aux cellules les a également rendues longues, parfois aiguës, fusiformes ou trapézoïdes, etc., etc. Les caractères du noyau rappellent ce qui se passe dans beaucoup de cellules d'ancienne date. Toute cette description s'accorde bien avec la marche très lente de la tumeur, avec la sécheresse de son tissu, etc., etc.

» L'interprétation exacte de cette pièce aurait présenté, il faut le reconnaître, quelques difficultés sérieuses : 1° si l'on avait ignoré la région qu'elle occupait ; 2° si l'on n'avait pas, par des études multipliées sur les tumeurs glandulaires reconnu, là un exemple d'une disposition assez rare dans cette maladie. En effet, on accorde, et avec raison, une grande importance à la constatation des culs-de-sac dans la détermination des tumeurs de nature glandulaire.

» La vérité est que ces culs-de-sac existent presque toujours à l'état complet, c'est-à-dire composés d'un contenant et d'un contenu. Cependant déjà trois ou quatre fois j'ai constaté dans des adénomes mammaires, très bien caractérisés à l'œil nu, l'absence de la paroi. M. Robin a fait depuis longtemps des observations analogues pour les glandules du col utérin, de l'œsophage, et même pour les glandes salivaires. J'ai retrouvé la même disposition dans des hypertrophies des glandes labiales, des glandes sébacées; nulle part elle n'est plus marquée, ni plus fréquente que dans les adénomes sudoripares, où elle a été pour moi l'objet de longs embarras dans les recherches que j'ai faites sur ce sujet.

« Quoiqu'il soit possible déjà de pencher vers l'affirmation, la clinique aura à décider si cette forme d'hypertrophie glandulaire est plus funeste, plus sujette à récidiver que celle où l'hypernutrition porte moins exclusivement sur un seul élément.

» Je n'ajouterai plus qu'un mot. Lorsqu'on sait d'où vient la tumeur et que l'on en a suivi la marche, ces cas, tout insolites qu'ils sont, deviennent beaucoup moins embarrassants ; on fait sans peine un diagnostic anatomique par élimination ; et, dans le cas actuel, en l'absence même des culs-de-sac caractéristiques et des modifications de l'épithélium, comme les cellules qui composent la tumeur ne pouvaient être confondues ni avec l'épiderme cutané ni avec les éléments fibro-plastiques ou cancéreux, on pouvait affirmer sans crainte qu'il s'agissait d'une lésion originaire de la parotide. Dans certains cas, l'épithélium à lui seul est tellement caractéristique, que l'on peut, d'après sa seule inspection, décider d'où vient la tumeur, ce qui est manifeste surtout pour les hypertrophies des glandes de la sueur. »

DIXIÈME OBSERVATION (1).

Tumeur hypertrophique de la région parotidienne, avec quelques noyaux cartilagineux, enlevée le 10 juin. — Légère paralysie faciale. — Guérison sans augmentation de la paralysie. — (Obs. de M. Velpeau, recueillie par M. Eugène Nélaton.)

Goyer (Amélie), quarante-deux ans, salle Sainte-Catherine, hôpital de la Charité. Entrée le 8 juin, sortie le 29 juin 1857.

Cette femme porte depuis sept ans une tumeur de la région parotidienne. D'abord très petite, cette tumeur a grossi insensiblement sans occasionner de douleur, lorsque, il y a six semaines, des élancements se déclarèrent à d'assez courts intervalles pour commencer à inquiéter la malade, et la tumeur s'accrut rapidement, en même temps qu'apparurent les premiers symptômes d'une paralysie faciale. La malade ne pouvait fermer l'œil complétement ; la symétrie de son visage fut détruite par suite de la déviation du nez et de la bouche. Cette tumeur s'était développée sans cause appréciable. Cette femme est de la campagne, robuste et parfaitement constituée. Elle s'est décidée à entrer à l'hôpital pour se faire opérer.

On constate tout d'abord avant d'examiner la tumeur une asymétrie dans les traits du visage. La pointe du nez est tirée à gauche, ainsi que la commissure des lèvres, qui est légèrement abaissée. Si l'on dit à la malade de fermer les yeux, on constate que les paupières du côté droit ne peuvent se fermer complétement.

En avant, et un peu au-dessous du conduit auditif interne, entre ce conduit et le bord postérieur de la branche montante du maxillaire supérieur, bornée supérieurement par l'arcade zygomatique, inférieurement par l'angle de la mâchoire, existe une tumeur arrondie, bien circonscrite, ayant le volume d'une grosse noix. La peau qui la recouvre est parfaitement saine et libre d'adhérence avec elle. La tumeur se termine par une circonférence bien limitée dont le rebord saillant est facilement apprécié par le doigt ; profondément et en dedans, elle tient par une racine ou un

(1) Cette observation a été ajoutée au mémoire présenté à la Société de chirurgie.

pédicule aux tissus sous-jacents. On ne peut interposer les doigts entre la circonférence de la tumeur et ce pédicule ; la tumeur est cependant assez mobile sur les tissus sous-jacents. Elle est légèrement bosselée et inégale à la surface, insensible, ou du moins très peu sensible, même à une pression assez forte. Parmi ces bosselures il en est qui sont assez molles, presque fluctuantes ; d'autres un peu plus dures, et rappelant la densité des noyaux cartilagineux. Les parties environnantes sont parfaitement saines.

10 juin. — Extirpation de la tumeur. — Incision demi-circulaire près de son tiers antérieur, dissection du lambeau, puis dissection de la tumeur, qui tient à la glande parotide par un petit pédicule assez large dont la section termine l'opération.

Réunion au moyen de serres-fines. Les suites de l'opération sont très simples. Pas de fièvre, d'insomnie, de frissons. La réunion par première intention s'effectue dès le troisième jour de l'opération, mais seulement à la surface. La partie profonde suppure, mais se vide facilement par une ouverture ménagée à cette intention.

29 juin. — La malade peut sortir. La cicatrice est complétement formée, ne laisse pas de difformité très grande. *La paralysie reste ce qu'elle était avant l'opération, ni plus, ni moins.*

La tumeur est dure, opaline, d'aspect fibro-cartilagineux à la périphérie, mais le centre est moins dur, grenu, d'un jaune grisâtre. Par la dissection extérieure, on reconnaît que cette tumeur se continue avec quelques lobules parotidiens enlevés avec elle, et qu'elle est avoisinée par un fragment de canal cylindrique, de 2 millimètres de diamètre, à parois épaisses, et dont la lumière paraît à peu près complétement oblitérée, au moins vers l'une de ses extrémités.

Ce canal ressemble beaucoup au canal parotidien, dont il est sans doute une dépendance ; quoi qu'il en soit, une de ses ramifications, de près d'un millimètre de diamètre, pénètre manifestement dans la tumeur, où elle peut être suivie à une profondeur de 4 ou 5 millimètres. Il n'y a pas à penser que ce soit une dépendance d'un nerf facial, car on ne découvre aucune fibre nerveuse au microscope.

La substance de la tumeur, examinée dans sa structure par M. Robin, renferme très peu de noyaux cartilagineux, comme on a pu le prévoir par son aspect à l'œil nu, beaucoup de tissu fibreux et des culs-de-sac glanduleux très modifiés.

ONZIÈME OBSERVATION.

(Obs. de M. Velpeau.)

Une dame dont le nom a eu un grand retentissement est venue consulter M. Velpeau pour se faire opérer d'une tumeur dans la région parotidienne. Cette tumeur datait de fort longtemps, bien limitée, bien circonscrite, sans changement de couleur à la peau, sans adhérences à la peau, ni aux parties profondes, mobile, finement bosselée, sans altération dans le voisinage. M. Velpeau diagnostiqua une tumeur adénoïde. Elle fut enlevée très facilement par énucléation, et la plaie guérit très bien.

La tumeur ressemblait, à s'y méprendre, aux tumeurs adénoïdes du sein ; elle

était formée d'une série de lobules réunis entre eux, d'un aspect légèrement jaunâtre. L'examen au microscope a confirmé l'examen à l'œil nu. La tumeur était composée de culs-de-sac glandulaires en grande quantité, et très facilement reconnaissables.

Enfin je profiterai du retard apporté à l'impression de ce travail pour citer une observation que je dois à l'obligeance de M. Tillot, interne à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Gosselin (mars 1859).

Depuis que j'ai présenté ce travail à la Société de chirurgie, j'ai vu au moins cinq ou six cas de tumeurs adénoïdes de la parotide, dont quelques-unes ont été extirpées et examinées au microscope après l'opération. M. Robert a eu aussi plusieurs fois l'occasion de rencontrer des altérations semblables. Parmi ces lésions (ainsi que j'ai cherché à l'établir), les unes étaient franchement glandulaires, les autres épithéliales et glandulaires; quelques-unes contenaient des noyaux cartilagineux plus ou moins abondants et plus ou moins volumineux. Ces divers produits pathologiques se combinaient dans des proportions variables, et de cette diversité dans les proportions résultaient des caractères cliniques et anatomiques variables.

Mais revenons au fait de M. Gosselin.

Tumeur adénoïde parotidienne.

Gendre Marie, quarante-six ans, femme de ménage, a depuis dix ans une tumeur qui, d'abord de la grosseur d'une demi-noix, serait survenue, au dire de la malade, après l'arrachement d'une dizaine de dents et des fluxions consécutives. Cette tumeur s'enflamme de temps à autre, occasionne de la fièvre et des douleurs qui s'irradient vers l'épaule, vers l'œil droit, qui est alors larmoyant, vers l'oreille droite, dans laquelle elle éprouve constamment des bourdonnements et dont elle entend beaucoup moins que de celle du côté opposé à la tumeur. A la suite de chaque inflammation, la tumeur a pris plus de développement. Aujourd'hui, elle s'étend depuis le tiers postérieur de la branche horizontale du maxillaire inférieur jusqu'au delà de l'apophyse mastoïde, et remonte jusqu'au conduit auditif externe. Le diamètre antéro-postérieur mesure 9 à 10 centimètres, le vertical 7 centimètres. La tumeur paraît comme divisée en deux lobes par un sillon vertical situé en arrière du pavillon de l'oreille. A l'extrémité antérieure on remarque un petit lobule d'une consistance plus molle, qui donne une sensation de fluctuation. La peau glisse facilement sur la tumeur, qui est un peu mobile.

Quand on cherche à bien préciser les limites de la tumeur, on constate qu'elle s'insinue sous le muscle sterno-mastoïdien. On s'assure facilement de ce fait en faisant porter la tête de la malade vers l'epaule droite, pendant qu'on appuie la main sur la face de ce côté. Le muscle sterno-mastoïdien se contracte, et l'on voit manifestement la tumeur s'engager sous lui. La tumeur est aussi à cheval sur la branche montante du maxillaire inférieur. Enfin, quand, portant la main profon-

dément sous la masse morbide, on agit comme si l'on voulait l'arracher, ou tout au moins l'ébranler de bas en haut, on peut s'assurer que la tumeur est mobile sur les parties profondes, excepté au niveau du creux parotidien, où elle semble adhérer à la glande. La même manœuvre, répétée par les bords latéraux, donne le même résultat.

Les veines superficielles sont peu dilatées; il y a une légère déviation de la commissure labiale gauche. L'œil droit se ferme moins facilement que l'œil gauche.

Cette malade a été traitée de sa tumeur par les sangsues, les cataplasmes, les vésicatoires, les emplâtres de Vigo *cum mercurio*, la pommade à l'iodure de plomb, les douches, etc. Aucun de ces moyens médicaux n'a amendé ni la tumeur ni la douleur.

(M. Gosselin a prié M. Bauchet de voir la malade. Le diagnostic a été : tumeur adénoïde parotidienne, diffuse, formée en grande partie d'éléments glandulaires ou fibro-plastiques, contenant quelques noyaux cartilagineux. La tumeur doit être extirpée; mais il faudra tailler dans la parotide pour couper le pédicule; la dissection sera difficile et délicate; le nerf facial sera coupé, et très probablement il faudra intéresser aussi des vaisseaux importants).

10 avril. — Pour remédier à la difformité produite par la tumeur, qui tend du reste toujours à s'accroître, et surtout à la douleur qui tourmente énormément la malade, M. Gosselin pratique, avec son habileté ordinaire, l'ablation de la tumeur. On fait une incision cruciale et l'on dissèque la tumeur avec le bistouri et les ciseaux; mais le nerf facial ayant été lésé, on remarque d'abord une déviation de la commissure labiale à gauche, puis, un peu après, la paralysie de l'orbiculaire des paupières du côté droit (on avait coupé d'abord la branche cervico-faciale, puis la branche auriculo-faciale). On n'a eu à lier que quelques artérioles.

La tumeur glandulaire enlevée est formée aux dépens de la parotide, dont on retrouve des portions saines sur le pourtour. On trouve des noyaux cartilagineux au pourtour de la tumeur. On enlève avec les ciseaux quelques petits lobules sains de la fosse parotidienne.

La pièce, examinée immédiatement, présente sous les yeux un type des tumeurs adénoïdes si bien décrites par M. Velpeau, avec quelques noyaux cartilagineux.

17 avril. — Hémorrhagie artérielle assez abondante, à deux reprises arrêtée par le perchlorure de fer, l'une hier soir à six heures, l'autre à trois heures du matin.

A partir de ce moment, la plaie a marché constamment vers la guérison. La malade est sortie dans les derniers jours d'avril, ne conservant plus, comme conséquences de son opération, qu'une cicatrice assez large et les symptômes caractéristiques d'une hémiplégie faciale.

DE LA

DÉSARTICULATION COXO-FÉMORALE

AU POINT DE VUE DE LA CHIRURGIE D'ARMÉE,

RAPPORT

SUR UN MÉMOIRE DE M. LEGOUEST,

Médecin-major, professeur agrégé au Val-de-Grâce,

LU A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE LE 24 OCTOBRE 1855,

Par M. H. Bon LARREY.

Un mémoire intitulé : *De la désarticulation coxo-fémorale, au point de vue de la chirurgie d'armée,* a été présenté à la Société de chirurgie par M. le docteur Legouest (1), médecin-major et agrégé (aujourd'hui professeur) au Val-de-Grâce. La Commission chargée d'examiner ce travail et d'en rendre compte à la Société, était composée de MM. Lenoir, Verneuil et Larrey, rapporteur. L'analyse du mémoire de M. Legouest, commençant par le résumé d'une intéressante observation, nous permettra de donner quelques développements à notre rapport (2).

L'auteur espérait d'abord faire connaître un cas de succès de l'amputation de la cuisse dans l'articulation coxo-fémorale, lorsqu'il a vu son espérance déçue par un résultat funeste. C'était, suivant M. Legouest, une des treize désarticulations pratiquées en Crimée, après les batailles de l'Alma et d'Inker-

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. VI, 1856.

(2) *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. V, 1860.

mann, soit primitivement, soit secondairement, et qui furent toutes suivies de mort (1). Ce chiffre fatal et le nombre plus considérable des insuccès de cette grave opération, à des époques antérieures, ont suggéré à notre honorable confrère des réflexions générales, à la suite de l'observation qui lui appartient, et dont voici d'abord le résumé :

Un prisonnier russe originaire de Pologne, nommé Wolokenski, âgé de trente ans, d'une forte constitution, déjà blessé dans la guerre de Hongrie (où il avait perdu un œil), est atteint le 20 septembre 1854, à la bataille de l'Alma, d'un coup de feu par une balle de gros calibre, dans la région trochantérienne de la cuisse gauche. L'observation, faute de renseignements, n'indique point la nature des accidents primitifs, ni le mode du premier pansement. Le blessé, évacué le lendemain sur Constantinople, arrive le 24, au grand hôpital de Péra, où on le laisse reposer pendant plusieurs jours de la fatigue du transport, en maintenant même l'appareil de sa plaie à demeure.

Présenté le 1er octobre à MM. Scoutetten et Legouest, il offre l'état suivant : volume de la cuisse gauche d'un tiers plus considérable à sa racine que la droite ; plaie d'entrée de la balle vers le quart supérieur de la région antérieure du membre ayant pénétré de bas en haut et de dedans en dehors ; fracture comminutive du fémur, du petit au grand trochanter, pénétration du projectile dans la fosse iliaque externe, vers le milieu de la crête, extraction immédiate par une simple incision de la peau. Balle aplatie, sillonnée en plusieurs points par les os, pesante et reconnaissable pour une balle cylindro-conique. Écoulement d'un peu de sanie purulente par les deux ouvertures, broiement de l'os appréciable au toucher, dans le fond de la plaie.

L'amputation coxo-fémorale, étant décidée par les chirurgiens présents, est pratiquée le 3 octobre, devant eux, par M. Legouest, selon la méthode à lambeau antérieur, le quatorzième jour de la blessure, et à l'aide de l'anesthésie chloroformique. Il modifie le mode opératoire en circonscrivant la partie postérieure des muscles par une incision des téguments, d'un côté à l'autre de la base du lambeau

(1) Le nombre exact des désarticulations coxo-fémorales a été, en tout, de 12 en Crimée (tous les amputés sont morts avant leur évacuation), et sur 5 à Constantinople, 3, après avoir laissé quelque espoir de guérison, ont fini également par succomber. De là, par conséquent, 17 cas bien avérés, d'après des recherches entreprises avec le plus grand soin par M. le docteur Chenu, médecin principal au Val-de-Grâce, détaché deux fois aux hôpitaux de Constantinople. Ajoutons que ses recherches se rattachent à un travail d'une grande importance, récemment adressé par lui au Conseil de santé des armées, sur la statistique des maladies épidémiques, des grandes blessures et des amputations faites dans l'armée française, pendant toute la durée de la campagne de Crimée.

antérieur, dans le sens du pli de la fesse. Les ligatures sont appliquées avant la désarticulation elle-même, qui présente des difficultés, parce que l'os brisé ne peut servir de levier pour dégager sa tête. Une fois saisie cependant, elle est écartée de sa cavité, en permettant la section successive de tous les muscles de la région postérieure. L'application de nouvelles ligatures en porte le nombre à neuf. La plaie réunie par dix-huit points de suture entrecoupée est pansée simplement; une mèche est introduite vers la partie externe et inférieure; et les fils de ligature sont ramenés ensemble sur le lambeau antérieur. L'opération et le pansement ont duré vingt-six minutes. Le blessé a perdu de 300 à 400 grammes de sang, lors de la ponction du lambeau, et il ne revient qu'assez longtemps après de l'anesthésie; mais il repose ensuite et reste calme.

Le premier appareil est levé le lendemain; les pansements successifs se font chaque jour; la suppuration s'établit vers le dixième, sans être trop abondante; la réunion commence ensuite sur différents points d'où les sutures sont enlevées. L'état général est satisfaisant; la cicatrisation avance et fait espérer la guérison, lorsque du 15 au 31 octobre, des symptômes fébriles avec diarrhée intense compromettent la vie de l'opéré. Il se rétablit par un régime approprié et à l'aide de l'appareil incubateur de M. J. Guyot (1). La plaie se trouve cicatrisée presque entièrement; mais, par une compression exercée sur la fesse, elle laisse sortir du fond de la cavité cotyloïde une grande quantité de pus qui diminue enfin et ne suinte plus que par trois points fistuleux de la cicatrice. La guérison semble assurée; l'amputé se lève, et pendant plus d'un mois, du 16 au 20 décembre, il se porte si bien, que son transport en France est déjà obtenu du ministre de la guerre par M. l'inspecteur Lévy. On nous annonce même sa prochaine arrivée au Val-de-Grâce.

Mais, le 20 décembre, alors qu'il est devenu l'objet de l'attention de tous, et à la veille même de son évacuation de Constantinople, Wolokenski fait une chute sur son moignon, une hémorrhagie abondante se déclare, une inflammation suppurative de mauvaise nature s'établit, par le point resté fistuleux, en regard de la cavité articulaire; les deux autres fistules se rouvrent; des douleurs assez vives se font sentir, et tout le mois de janvier se passe dans des alternatives de bien et de mal. Des hémorrhagies successives surviennent, la suppuration augmente, les points fistuleux s'ulcèrent profondément; la diarrhée enfin se reproduit avec une intensité incoercible; et un gonflement œdémateux envahissant le moignon, s'étend à la hanche et à l'autre membre, en même temps que la suppuration devenue sanieuse ramollit le lambeau tout entier. Enfin un état de souffrance et d'anxiété extrêmes, terminé par un épuisement complet, entraîne la mort du malheureux amputé, le 9 février, c'est-à-dire quatre mois après l'opération.

L'autopsie, faite au bout de vingt-quatre heures, démontre un épanchement de sang coagulé dans l'épaisseur du lambeau, et en dessous une poche remplie de détritus gangréneux, aboutissant à la cavité cotyloïde, dépouillée de cartilage et

(1) *Traité de l'incubation et de son influence thérapeutique*, Paris, 1840.

atteinte de carie. Un abcès considérable remplit la fosse iliaque interne et s'élève jusqu'aux attaches lombaires du muscle psoas. Le foyer purulent communique avec l'intestin par une perforation adhérente, sans que l'on ait constaté sur le vivant la présence du pus dans les selles. Un projectile, fragment de balle cylindro-conique, est découvert au milieu des parois du foyer, dans l'épaisseur de l'os iliaque, un peu au-dessus de la limite postérieure du détroit abdominal, sans aucune trace de fracture; mais une communication existe entre l'abcès et la cavité du lambeau par un canal intermusculaire. On peut admettre que, sous l'influence de la pesanteur, la balle se soit déplacée de proche en proche, jusqu'à ce qu'elle soit restée fixe. Des adhérences médiates et immédiates des vaisseaux du lambeau, des caillots consistants à l'intérieur de la veine crurale et de la veine cave abdominale envahie par une phlébite, avec du pus mêlé au sang, telles sont les altérations les plus notables à signaler, d'après cette autopsie.

M. Legouest exprime avec réserve la pensée, que si son amputé avait été soustrait aux influences délétères au milieu desquelles il se trouvait placé, à savoir surtout le scorbut et la pourriture d'hôpital, il aurait pu guérir tout à fait, par l'enkystement du projectile dans la fosse iliaque, et que l'amputation coxo-fémorale compterait un succès de plus.

Loin de se croire cependant autorisé à recommencer semblable opération, il déclare au contraire qu'il ne la pratiquerait plus ainsi, parce que précisément il en a mesuré les conséquences dans les lésions traumatiques récentes ; mais il la réserverait à certaines maladies organiques du fémur incurables par d'autres traitements.

C'est le principe qu'avait déjà soutenu notre savant collègue, M. le professeur Sédillot (1), dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences, et comprenant l'histoire générale de cette redoutable opération, l'appréciation exacte des faits connus et la relation détaillée d'une désarticulation faite, sous nos yeux, au Val-de-Grâce, avec un plein succès. L'amputé existe encore aujourd'hui, à l'hôtel des Invalides.

(1) *De l'amputation coxo-fémorale* (*Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. II, 1841).

Hénot (1), ancien chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Metz, dans un travail plus étendu, et à propos aussi d'un cas remarquable de guérison, exprime à peu près la même pensée sur les résultats comparatifs de cette opération, tantôt primitive, tantôt consécutive, et indique ses dangers, ainsi que ses succès exceptionnels, lorsqu'elle a été pratiquée immédiatement pour des blessures. Le résultat heureux obtenu par lui-même se rattachait à une lésion organique du fémur, survenue après une fracture par chute d'un lieu élevé. Nous avons autrefois, au Val-de-Grâce, donné quelques soins à cet intéressant amputé, qui est entré ensuite aux Invalides, et s'est retiré plus tard dans ses foyers, à Longwy.

Permettez, messieurs, à votre rapporteur, de rappeler que son père (2), en rendant compte à l'Institut du mémoire de M. Sédillot, a également apprécié les chances relatives de curabilité, et que tout en maintenant le principe général soutenu par lui de la prééminence de l'amputation primitive, il fait de sages réserves à l'égard de l'amputation coxo-fémorale. Ainsi, en parlant ailleurs de deux opérations tardives entreprises par lui, à la suite de la bataille de Wagram, Larrey (3) ajoute : « Il faut l'avouer, le peu d'encouragement que j'avais reçu des hommes de l'art et des Académies sur la possibilité de réussir dans ces sortes d'extirpations, me fit suspendre le projet que j'avais d'abord d'opérer ces militaires. »

Disons de plus qu'en dehors des champs de bataille, il lui est arrivé plusieurs fois de ne point appliquer le principe de l'amputation immédiate à la désarticulation de la cuisse, en raison même

(1) *Mémoire sur la désarticulation coxo-fémorale, à l'occasion d'une opération de ce genre pratiquée avec succès* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XVI, 1851).

(2) *Rapport sur un mémoire de M. Sédillot relatif à l'amputation de la cuisse dans l'articulation coxo-fémorale* (*Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, janvier 1842).

(3) *Clinique chirurgicale*, t. III, 1829.

de la gravité des blessures, de l'étendue et de la profondeur de la plaie, du danger de la réaction traumatique, de l'épuisement des forces, des fatigues du transport, des chances enfin de sauver la vie aux blessés, en conservant leurs membres, par l'emploi des appareils contentifs et à l'aide de toutes les ressources dont on est souvent privé à la guerre. Et cette sorte de contradiction avec lui-même, il l'a parfois utilement conseillée à d'autres chirurgiens. Quelques-uns de nos collègues, messieurs, peuvent s'en souvenir. Ainsi, sans partager l'opinion émise depuis lui, Larrey s'exprime cependant de la manière suivante, dans son rapport à l'Académie des sciences : « Après avoir exposé avec clarté et une grande précision tous les cas où cette opération a été exécutée, il (M. Sédillot) fait remarquer que les succès, d'ailleurs assez rares, obtenus par les chirurgiens français et étrangers, doivent être attribués à ce que l'opération n'a été faite que pour des maladies chroniques, ou après la cessation des accidents primitifs des maladies aiguës, telles que les plaies d'armes à feu ; tandis que les exemples d'insuccès de cette désarticulation pratiquée immédiatement dans ces derniers cas, ont été plus multipliés. »

C'est ce fait d'observation que M. Legouest a pour but de démontrer, en lui donnant la valeur d'un principe général. Le principe opposé soutenu par Larrey (1) et par Ribes (2), à savoir que les fractures compliquées du fémur, par armes à feu, réclament l'amputation, ne paraît pas à notre confrère devoir être absolu, et faisant allusion à des résultats contraires, il veut bien nous citer nous-même, à propos d'un cas de fracture des trochanters guéri par la chirurgie conservatrice. Votre rapporteur (3)

(1) *Mémoires de chirurgie militaire*, 1812, et *Clinique chirurgicale*, 1829.

(2) *Mémoires et observations d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de chirurgie*, t. II, 1841.

(3) *Relation chirurgicale des événements de juillet* 1830, et *Histoire chirurgicale du*

a du reste indiqué des faits qui pourraient se rapprocher de celui-là.

Présumant que les chirurgiens ont fait connaître leurs succès, bien plus que leurs revers, dans l'amputation coxo-fémorale, M. Legouest a recherché les cas dans lesquels cette grave opération avait été pratiquée pour des coups de feu ; et il en présente un tableau sommaire, selon que l'amputation a été immédiate, ou primitive, médiate ou consécutive, et ultérieure ou tardive. Ainsi, pour les opérations immédiates, il cite trente cas empruntés à divers chirurgiens, et autant de morts, pour les opérations médiates, onze, dont trois cas seulement de guérison, les huit autres amputés ayant succombé ; pour les opérations ultérieures enfin, trois cas seulement, dont un suivi de succès.

Ce relevé ne comprenant point tous les faits observés de désarticulation de la cuisse pour les blessures par armes à feu, ne paraîtrait point suffire à juger la question d'une manière absolue, si d'autres résultats analogues, et peut-être assez nombreux, n'étaient probables, surtout par le défaut de publicité des opérations immédiates suivies de mort. Car, ainsi que Hénot l'a répété dans son mémoire, après bien d'autres chirurgiens : « Si les faits heureux sont connus, la plupart des revers restent ignorés. »

Un chirurgien militaire, M. Jubiot (1), a rapporté dans sa thèse trois cas d'amputation coxo-fémorale observés par lui à l'armée d'Afrique, pour des blessures par armes à feu. Les opérations tentées par différents chirurgiens, non immédiatement, mais dès les premiers jours, furent suivies de mort dans les trois cas. Ce triple résultat figure du reste dans le recensement des faits indiqués dans le mémoire de M. Legouest.

siége de la citadelle d'Anvers, 1833 (*Mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, t. XXX et XXXIV).

(1) *Observations sur l'amputation dans l'article coxo-fémoral*, Montpellier, 1840.

Rappelons ici quelques faits anciens parmi les désarticulations pratiquées pour des lésions traumatiques :

Morand (1) cite un jeune homme amputé par un chirurgien nommé Pérault, plusieurs mois après une fracture compliquée de la cuisse, et dont la guérison fut si complète, malgré une suppuration des plus abondantes, qu'au bout de dix-huit mois ce jeune homme avait pris une profession et s'était marié.

Férussac (2) a inséré dans son journal : 1° l'observation énoncée par M. Legouest, d'un cuirassier amputé par un chirurgien de Hanovre nommé Wedemeyer, pour une maladie du fémur consécutive à une violente contusion du membre, et dont la guérison s'effectua en une huitaine de jours ! 2° L'observation d'un ancien militaire opéré par Krimer (d'Aix-la-Chapelle), pour une balle perdue depuis longtemps dans le haut de la cuisse. La cicatrice était à peu près complète au dixième jour, lorsque l'amputé succomba au tétanos. 3° L'observation d'un jeune gentilhomme prussien, auquel Dieffenbach (de Berlin) fit la désarticulation de la cuisse, trois semaines après une blessure en duel par un coup de feu. Mais, dans ce cas, la mort eut lieu dix heures après l'opération.

Rappelons encore d'autres faits à l'appui de la proposition de M. Legouest :

A. Blandin, chirurgien des armées de la République, aurait pratiqué trois fois la désarticulation de la cuisse en 1794, et réussi deux fois, mais sans avoir précisé l'époque de chaque amputation.

Brownrigg (3), en décembre 1812, ampute la cuisse dans l'articulation, à un soldat blessé par un coup de feu une année auparavant, en Espagne, et qui, dix ans après, vivait bien portant à Spalding.

(1) *Opuscules de chirurgie*, 1re partie, 1768.

(2) *Bulletin des sciences médicales*, t. III, VIII et XII.

(3) *New Medical and Physical Journal*, 1815.

Cole, assisté par S. Cooper (1), en 1814, à l'armée de Hollande, procède à la désarticulation immédiate de la cuisse, sur un soldat qui succombe le lendemain.

Samuel Cooper, à son tour, fait la même opération, peu de jours après, pour une fracture très compliquée de l'extrémité supérieure du fémur, et il voit périr son amputé au bout de quelques minutes, sans avoir pu extraire de la cavité cotyloïde la tête osseuse brisée en morceaux.

Brodie a vu périr, quelques heures après l'opération, un homme qu'il avait amputé pour un coup de feu.

Roux, en juillet 1830, a eu recours à la désarticulation immédiate de la cuisse sur un officier suisse, qui a succombé le même jour.

D'après le relevé général établi par M. Legouest, et confirmé depuis par les recherches statistiques de M. Chenu sur la campagne de Crimée, pas un des blessés amputés immédiatement dans l'articulation de la hanche n'a survécu ; les trois quarts à peu près de ceux qui ont été soumis à l'opération médiate sont morts, et les deux tiers seulement de ceux chez lesquels on l'a pratiquée ultérieurement ont péri. De plus, les amputés de la première catégorie ont succombé, soit pendant l'opération elle-même, soit peu d'instants, peu d'heures ou très peu de jours après.

Deux des cas d'amputation primitive rapportés par Larrey (2) semblent faire exception à ce fatal résultat. L'un des amputés survécut vingt et un jours, l'autre trente jours et peut-être davantage, car il a été perdu de vue, et l'on serait autorisé à admettre la guérison, comme nous l'exposerons ailleurs.

M. Legouest, reproduisant à cet égard une opinion émise par

(1) *Dictionnaire de chirurgie pratique*, trad. de 1826.

(2) *Clinique chirurgicale*, t. V, 1829 (*Amputation de la cuisse à son articulation coxo-fémorale.*)

notre savant collègue, M. Sédillot, lui donne la portée d'une certitude, à savoir que la désarticulation immédiate de la cuisse doit être entreprise uniquement lorsque le membre est séparé du tronc presque tout à fait.

C'est à peu près la même pensée qui avait conduit Barbet (1), il y a presque un siècle aujourd'hui, à restreindre l'amputation coxo-fémorale dans les plus étroites limites, alors par exemple que la cause vulnérante avait déjà effectué l'opération en grande partie; et vous savez, messieurs, que l'Académie royale de chirurgie, sanctionna de sa haute autorité l'opinion de Barbet, en décernant à son mémoire le prix pour lequel plus de trente chirurgiens avaient concouru.

C'est sous le même point de vue que Delpech (2) attribuait les chances de succès, à la condition d'amputer tardivement pour des maladies organiques anciennes, mais toutefois avant que les sujets ne fussent épuisés par la fièvre hectique.

M. Legouest dit avec raison que trois succès obtenus sur onze amputations médiates permettent de fonder plus d'espoir sur les chances de l'opération consécutive, d'autant plus, comme il le répète, que tous les cas d'amputation immédiate suivis de mort n'ont pas été publiés.

Et, à cet égard, votre rapporteur peut vous dire, messieurs, que son père se souvenait d'avoir pratiqué primitivement, mais sans succès, deux ou trois désarticulations autres, que celles dont il avait publié la relation, ce qui en porterait le total pour lui à neuf ou dix.

Nul doute aussi qu'à l'époque des grandes guerres du premier empire, cette redoutable opération n'ait été exécutée un certain nombre de fois par divers chirurgiens qui n'en ont

(1) *Prix de l'Académie royale de chirurgie*, t. IV, 1773.
(2) *Mémorial de la clinique de Montpellier*, t. I, 1829.

point tenu compte, parce qu'ils avaient perdu promptement leurs opérés.

Nous savons d'ailleurs qu'il en a été de même, de nos jours, dans la campagne de Crimée, où plusieurs de nos camarades, obéissant à la nécessité chirurgicale, ont procédé à la désarticulation de la cuisse, sans pouvoir sauver un seul de leurs opérés.

Quelques-uns de nos collègues de la Société auxquels votre rapporteur, messieurs, avait demandé des renseignements à cet égard, pour M. Legouest lui-même, pourraient citer des cas analogues puisés dans leur pratique personnelle, à savoir l'insuccès de la désarticulation immédiate de la cuisse pour des coups de feu; et sans doute que la discussion de ce rapport produira plusieurs des faits auxquels nous faisons maintenant allusion.

L'un des honorables correspondants de la Société, M. Heifelder père, de Saint-Pétersbourg (1), dans une lettre sur quelques faits de désarticulation coxo-fémorale, a démontré toute la gravité de cette opération, en évaluant ses succès à un cinquième seulement des cas admissibles. M. Legouest aurait trouvé là encore des documents de plus à l'appui de ses recherches, ne fût-ce que dans la substance des huit observations appartenant à l'habile chirurgien étranger.

Que de causes peuvent entraîner les funestes résultats de la désarticulation immédiate de la cuisse! L'hémorrhagie d'abord, soit avant, soit pendant, soit après l'opération. L'inflammation traumatique et toutes ses conséquences, la suppuration et la résorption purulente, la pourriture d'hôpital, devenue si fréquente, si funeste parmi les blessés de la Crimée; sans énumérer toutes les influences redoutables chez les amputés, les épidémies régnantes, le typhus, la dysenterie, le choléra, qui ont

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. VII, 1857.

tant de prise chez les hommes affaiblis, surtout par une aussi grave opération?

M. Legouest indique spécialement quelques-unes de ces causes chez les amputés de la première période. Il aurait pu tenir compte aussi, messieurs, d'une circonstance qui a souvent frappé l'attention de votre rapporteur, depuis qu'il l'avait observée pour la première fois au siége d'Anvers, c'est que les gros projectiles, comme les boulets, les biscaïens, les éclats de bombe et d'obus ne bornent pas leur action au membre mutilé, mais déterminent presque toujours un ébranlement, une commotion des organes les plus voisins de la blessure et exposent davantage celle-ci ou l'opération qu'elle nécessite à des accidents compliqués. Or, cette circonstance est appréciable au plus haut point, dans les mutilations de la cuisse par ces sortes de projectiles et dans l'amputation immédiate du membre à son articulation pelvienne.

Si l'amputation consécutive, et mieux encore l'amputation tardive ou ultérieure offrent plus de chances de succès que l'amputation primitive, c'est d'abord parce que le blessé se trouve soustrait à plusieurs des dangers inhérents à la lésion traumatique elle-même; c'est ensuite parce qu'il est pour ainsi dire préparé à certaines conditions favorables de l'opération devenue nécessaire; et, à cet égard, son état est devenu tout à fait comparable à celui d'un malade chez lequel une affection organique de la totalité du fémur ou seulement de la partie supérieure réclamerait, en dernière ressource, la désarticulation du membre.

Ce fait énoncé, dans le principe, par Larrey, Delpech et Guthrie (1), et apprécié plus tard par quelques-uns des chirurgiens qui ont eu occasion de pratiquer la désarticulation de la cuisse, ce fait, disons-nous, a été justement formulé en principe par M. Legouest, comme résultat de la statistique des amputations

(1) *On gun-shot wounds of the extremities*, 1815.

coxo-fémorales. Il a certainement raison de déplorer la tendance malheureuse de ceux qui entreprennent d'emblée ou sans délai une opération aussi redoutable, plutôt que de tenter la conservation du membre, à force de soins, de temps et de patience.

Mieux vaudrait même imiter la sage réserve de Ravaton (1), qui, ayant à prendre la responsabilité de cette grave amputation sur un soldat de la garde du roi Louis XV, pour une fracture des plus compliquées de la partie supérieure du fémur, par un coup de feu, convoqua plusieurs chirurgiens, et fut dissuadé, d'après leur avis, de hasarder l'opération. C'était ainsi ne pas exposer le blessé à périr peut-être entre ses mains, quoiqu'il dût succomber quelques jours après.

Une objection va sans doute nous être faite : c'est que si la chirurgie doit être prompte à l'exécution, en pareil cas, c'est la chirurgie d'armée, au milieu surtout des circonstances si souvent difficiles où elle se trouve, sur un champ de bataille, en pays ennemi, au moment d'une retraite, et à distance des hôpitaux sédentaires. De là l'idée généralement répandue que les chirurgiens militaires, étant obligés de faire un plus grand nombre d'amputations primitives que les chirurgiens civils, ils ne doivent pas hésiter à désarticuler la cuisse, lorsque l'occasion s'en présente, plutôt que de tenter la conservation du membre, faute de moyens de transport, d'appareils convenables, ou de soins assurés en campagne.

Votre rapporteur, messieurs, tout en appréciant ce que cette objection peut avoir de fondé, ne saurait, pour sa part, l'admettre en principe, et encore moins dans son application à l'amputation coxo-fémorale. En effet, sous un tel point de vue, les chances immédiates de cette opération sont plus dangereuses, à notre sens, que celles de la lésion la plus grave, lors-

(1) *Chirurgie d'armée*, ou *Traité de plaies d'armes à feu et d'armes blanches*, 1768.

qu'il s'agit même de transporter le blessé à des distances plus ou moins éloignées.

Il me sera permis d'ajouter que, dans des cas de ce genre, divers appareils contentifs ou inamovibles ont été d'un grand secours souvent, pour préserver le membre mutilé des délais de l'amputation, et quelquefois pour l'y soustraire tout à fait. J'ai, depuis longtemps, soutenu à cet égard les avantages de la longue pratique de mon père (1).

C'est afin d'y réussir mieux encore, et dans la prévision des besoins de la chirurgie militaire, que j'ai fourni quelques indications à M. Ferdinand Martin (2), pour construire un appareil analogue à celui de son invention. L'habile mécanicien a expérimenté avec nous, au Val-de-Grâce, cet appareil de campagne qui a pour effet de soutenir et d'immobiliser la cuisse, atteinte de fracture grave, en facilitant le transport du blessé, sans nuire à l'application d'un bandage, sans provoquer le déplacement des fragments osseux ou la déchirure des parties molles, sans nécessiter des pansements fréquents et sans exposer le membre aux fatales chances d'une amputation précipitée. Cet appareil n'a pu malheureusement être expérimenté dans la campagne de Crimée, quoiqu'il n'offre pas encore pour nous la simplification désirable pour les besoins de la guerre.

Mais, à part les services que pourrait rendre à l'armée une contention de ce genre, dans les cas surtout de fractures pouvant motiver la plus redoutable des amputations, n'est-il pas admissible que bien des chirurgiens timides ou prudents ont dû sauver un certain nombre de blessés, par une sage expectation, en préférant leur faire subir les risques des accidents consécutifs

(1) *Traitement des fractures des membres par l'appareil inamovible*, thèse du doctorat, Paris, 1832; et *Quel est le meilleur traitement des fractures du col du fémur?* thèse de l'agrégation, Paris, 1835.

(2) *Mémoires sur une nouvelle méthode de traitement des fractures du col et du corps du fémur* (*Union médicale*, juin et juillet 1855).

ou ultérieurs, et sans se prévaloir plus tard des succès qu'ils avaient ainsi obtenus? Cette proposition est soutenue à peu près de même par l'auteur du mémoire dont nous poursuivons l'analyse, et par Hénot (1) partageant, à cet égard, messieurs, la confiance de votre rapporteur, sur les avantages de la chirurgie conservatrice.

Ici toutefois se présente une question subsidiaire assez délicate et très discutable! Qu'il me soit permis de l'aborder. Les fractures comminutives et compliquées du fémur par armes à feu, sans remonter assez haut pour motiver la désarticulation, ne nécessiteront-elles point l'amputation immédiate dans la continuité plutôt que l'expectation? Des chirurgiens représentant de grandes autorités dans la pratique militaire, ont répondu à cette question par l'affirmative. Nous n'avons pas besoin de les nommer. Mais d'autres, venus après eux, et recherchant les cas contraires à ce principe, ont démontré en effet que quelques fractures graves de la cuisse avaient échappé heureusement à l'amputation immédiate, sur le champ de bataille, malgré les accidents consécutifs de la suppuration, malgré les lenteurs de la cicatrisation et malgré les difformités du cal ou les déformations du membre. De pareils résultats ne sauraient être niés; acceptons-les donc, mais avec la réserve que commande toute amputation primitive de la cuisse, si souvent redoutable dans la continuité, qu'elle est presque constamment mortelle dans la contiguïté. Les faits le prouvent, et c'est là ce que démontre M. Legouest.

Il relate, à l'appui de cette proposition, six cas de fractures du col du fémur ou des trochanters, pour lesquels on avait tenté la conservation du membre. Or, sur ces six cas, la tentative réussit trois fois.

Le premier fait de guérison avait été présenté, en 1854, par nous-même, à la clinique du Val-de-Grâce. Il s'agissait d'un

(1) *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XVI, 1851.

ancien officier grièvement blessé, en 1812, par un coup de feu, dans la région trochantérienne, et pansé par Larrey, qui le préserva de l'amputation coxo-fémorale, en assurant sa guérison, sans même citer ce cas heureux, lorsqu'il fit connaître plus tard les sept désarticulations pratiquées par lui. Cette fracture grave avait été traitée par la méthode du double plan incliné; la consolidation n'avait pu se faire qu'avec un raccourcissement marqué, mais assez solidement, pour permettre plus tard au blessé de faire de longues courses, et de supporter, jusqu'à ce jour, les fatigues d'un emploi civil.

Le second fait appartient à M. Sédillot, qui, ayant à traiter, en 1843, une fracture compliquée de la cuisse, dans la région des trochanters, par un coup de feu (reçu en duel), hésita d'abord à opérer la désarticulation, et obtint la guérison par un appareil contentif dans l'extension et par des pansements convenables. Le blessé, alors officier d'artillerie, devenu sous-intendant militaire, marche aujourd'hui avec un faible raccourcissement du membre.

Un troisième fait, recueilli par M. Legouest lui-même, est celui d'un soldat nommé Tanguel, blessé en Afrique, au mois de janvier 1841, par un coup de feu qui lui fractura le fémur droit dans les trochanters. Il se refusa absolument à l'amputation que lui proposait M. Marit; et après cinq mois de soins entravés par des accidents graves, il parvint, contre toute attente, à la guérison. La consolidation de la fracture s'établit avec un raccourcissement considérable, et le blessé, retiré en Alsace, existe encore aujourd'hui.

A ces trois faits cités par notre confrère, nous pourrions en joindre d'autres. Je me contenterai de rappeler les deux suivants que j'ai eu l'honneur de communiquer à la Société.

Le premier (1) est relatif à un soldat de l'armée d'Égypte,

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 21 novembre 1855.

blessé au siége de Saint-Jean-d'Acre, par une balle qui avait pénétré dans la région antérieure de la hanche gauche, en fracturant le col du fémur à sa base. Les signes caractéristiques et les chances d'accidents à craindre, par la présence et l'enclavement du projectile dans la profondeur de la plaie, auraient justifié la désarticulation immédiate de la cuisse, si l'absence de toute hémorrhagie n'avait encouragé le chirurgien en chef de l'armée à temporiser, en appliquant un appareil contentif, pour assujetir le membre dans l'extension. Le résultat dépassa son attente; nulle complication sérieuse ne survint, et le blessé, évacué sur le Caire, y acheva sa guérison, en conservant la rectitude de la jambe, sauf un peu de raccourcissement et une ankylose de la hanche. Il se retira en Belgique, où il vécut encore une trentaine d'années et mourut à Bruxelles.

L'autopsie permit de conserver la pièce anatomique, dont M. Seutin fit hommage à mon père, et que j'ai donnée plus tard au musée du Val-de-Grâce. Je l'ai montrée à la Société comme un exemple remarquable d'ankylose complète de la hanche, avec direction et rectitude parfaites du fémur, soudé à l'os iliaque par une sorte d'étui osseux, éburné, qui immobilise l'articulation, sans augmenter sensiblement le volume du col; et sans y laisser d'autre trace de la fracture qu'un léger sillon oblique. La balle enfin se trouve si fortement enclavée dans l'épaisseur du grand trochanter, que, malgré sa déformation saillante, elle ne peut même être ébranlée sur place.

Le second fait (1) présente aussi un exemple de consolidation régulière d'une fracture comminutive et compliquée du fémur à son tiers supérieur, par un gros projectile de guerre. Un officier de l'armée de Crimée, avait été blessé à la bataille de l'Alma par un biscaïen qui lui fracassa la cuisse droite. Le

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 7 janvier 1857.

projectile, ayant pénétré par la face interne du tiers supérieur du membre, presque sur le trajet de l'artère fémorale, était ressorti directement en dehors, en fracturant le fémur en éclats. Le chef de l'ambulance, M. Fleschhut, appréciant bien toutes les chances d'amputation dans un cas aussi difficile, se contenta sagement d'appliquer un appareil contentif au membre, et fit évacuer le blessé sur Constantinople.

Une consultation, réunie à l'hôpital de Péra par M. Scoutetten, ne sembla pas mettre en doute la nécessité de l'amputation, mais en la reconnaissant à peu près impossible sans désarticuler la cuisse. Or, la gravité de l'opération pouvait devenir encore plus funeste que la gravité de la blessure, et l'on fut d'avis de tenter la conservation du membre. Un appareil de Scultet fut appliqué dans les premiers temps et permit, à diverses reprises, d'extraire de la plaie des morceaux de vêtements et beaucoup d'esquilles de diverses grandeurs, formant en tout une perte de substance de 5 centimètres environ. Il ne survint point d'accidents consécutifs, malgré une épidémie de pourriture d'hôpital; un appareil inamovible dextriné assura la consolidation définitive, les plaies finirent par se cicatriser, en France, à l'aide des eaux de Baréges, et nous avons enfin constaté ici que le membre conserve sa rectitude avec ses mouvements articulaires, sauf une légère claudication.

Ce cas si remarquable de chirurgie conservatrice substitué à l'une des indications les plus formelles de l'amputation primitive, se rattache donc directement encore aux trois exemples signalés par M. Legouest, en faveur de la temporisation, lorsqu'il s'agit de désarticuler la cuisse pour une blessure récente.

Voici maintenant trois faits d'un autre ordre observés par notre confrère, pendant son séjour à Constantinople.

Premier fait. Un prisonnier russe, nommé Gorskonoff, blessé à l'Alma par un coup de feu qui lui fractura le fémur dans les

trochanters, ne put être amputé, parce qu'il était épuisé par une diarrhée chronique, et il succomba quinze jours après son entrée à l'hôpital.

Deuxième fait. Un zouave, nommé Mouchad, blessé à Inkermann, à la cuisse gauche, par un coup de feu qui avait fracturé le col du fémur à sa base et le grand trochanter, se refusa à toute opération (la résection lui était proposée), et même à l'extraction des esquilles. Une hémorrhagie abondante nécessita la ligature de l'artère crurale en arrière du ligament de Poupart. L'amputation consécutive fut refusée aussi par le blessé, qui a succombé quelques jours après, à un sphacèle du membre.

Troisième fait. Un soldat de la ligne, nommé Delos, fut triplement blessé à Inkermann par un coup de feu à l'avant-bras, par un autre dans la région iléo-lombaire, et par un troisième à la cuisse gauche, qui se trouva fracturée dans les trochanters. Aucune opération n'était praticable dans un état aussi grave, excepté l'extraction d'un grand nombre d'esquilles; et cependant, après bien des accidents, ce malheureux succomba à l'infection putride, plus de deux mois après sa blessure. L'autopsie fit reconnaître une cicatrice du rein gauche qui avait été traversé par l'un des projectiles.

De ces faits, M. Legouest conclut que la conservation du membre doit être tentée, puisqu'elle a été obtenue trois fois sur six, dans des conditions fort difficiles, tandis que sur les quarante-quatre amputations coxo-fémorales dont il a fait le recensement, c'est à grand'peine, dit-il, que nous pouvons compter quatre cas authentiques de guérison. De tels résultats nous paraissent également si bien démontrés, qu'ils seraient décisifs pour tous les chirurgiens, si l'auteur du mémoire avait pu réunir un nombre d'exemples de conservation de la cuisse à peu près égal au nombre des amputations dans l'article, en ce qui concerne du moins les blessés de la campagne de Crimée.

Quoi qu'il en soit, notre honorable confrère déduit de l'ensemble des faits particuliers un principe de conduite déjà pressenti par les chirurgiens : c'est de rejeter toute amputation immédiate de la cuisse dans son articulation coxale. On acceptera volontiers ce principe en théorie et en pratique, avec la réserve de ne point s'y conformer rigoureusement, si nulle temporisation n'est possible, et si, par exemple, la mutilation du membre l'a déjà séparé en partie du bassin, comme on le voit par l'effet des gros projectiles.

Une autre indication, assez rare heureusement, de la désarticulation immédiate, serait la lésion simultanée des vaisseaux cruraux et du fémur, près du bassin, avec dilacération profonde des parties molles. Dans ce second cas encore, le principe soutenu par M. Legouest nous semblerait trop absolu si, comme toute règle, il n'était confirmé par des exceptions.

Mais nous ne pensons pas qu'il faille se décider à la désarticulation immédiate pour une lésion des vaisseaux cruraux à la racine du membre, si le fémur n'est point fracturé. L'imminence même de la gangrène permettrait de temporiser, ou tout au moins de n'en venir à l'amputation de la cuisse que consécutivement et dans la continuité du membre, sauf à remonter le plus haut possible, en comptant sur les artères ischiatique, fessière et obturatrice, pour garantir la vitalité du moignon. Tel est également l'avis définitif de M. Legouest, après quelques incertitudes de sa part à ce sujet.

Restent donc les cas si nombreux, si variés, de fracture comminutive du fémur, dans son tiers supérieur, sans lésion des vaisseaux. Or, la conduite du chirurgien ne semble-t-elle pas alors tracée d'avance, comme vis-à-vis de toute fracture par coup de feu? Aussi l'auteur du mémoire rappelle-t-il la nécessité de constater d'abord le siége de la fracture, de s'assurer si elle n'intéresse pas le col ou même la tête du fémur, de

rechercher et d'extraire les esquilles mobiles, sauf les difficultés dues quelquefois au gonflement du membre.

Ajoutons que, dans les cas de ce genre, le principe très utile des débridements peut être appliqué avec avantage, mais aussi avec les ménagements nécessaires, pour éviter des incisions trop profondes et pour prévenir la complication si dangereuse du phlegmon diffus de la cuisse.

M. Legouest rappelle le précepte de mettre le membre sur un double plan incliné, eu égard au relâchement des muscles, pour obtenir le rapport des fragments. Mais cette position, si régulière ou si rationnelle qu'elle soit, n'assurerait pas le maintien ou la contention de ces fragments, sans un appareil approprié, surtout au milieu des conditions difficiles où se trouvent placés les chirurgiens militaires. C'est pourquoi je ne répéterai pas ce que j'ai déjà dit par avance dans ce rapport, sur les services que peuvent rendre à l'armée certains appareils applicables particulièrement aux fractures compliquées du fémur.

Le traitement des complications ne serait pas d'ailleurs plus spécial que pour les autres fractures les plus comparables à celles-là. Résumons seulement, à cet égard, les indications que l'auteur du mémoire rappelle aussi aux chirurgiens. A part l'extraction facile des esquilles les plus petites et les plus mobiles, il peut s'en présenter d'assez volumineuses pour n'être point détachées aisément; mais il ne faudrait point se hâter d'y procéder par une opération radicale, et encore moins par la désarticulation immédiate. Mieux vaut réserver au blessé les chances plus heureuses d'une amputation secondaire dans la continuité du membre, fût-ce dans l'épaisseur des trochanters, lorsque la tête et le col du fémur paraissent intactes et si la capsule synoviale est à l'abri de l'opération elle-même.

M. Legouest expose d'ailleurs, sur ce sujet, les avantages attribués à la conservation de l'extrémité articulaire de l'os,

comme moyen de mobilité physiologique pour le moignon et comme point d'appui pour l'application ultérieure d'un appareil prothétique. La présence de la tête du fémur dans la cavité cotyloïde formerait de plus un obstacle à la pénétration du pus et à la formation d'un foyer profond tendant à entretenir des fistules intarissables et à provoquer de nouvelles complications.

Cette dernière remarque nous rappelle une idée judicieusement émise par Hénot (de Metz) (1). Il a démontré que la source et la persistance des fistules, à la suite des désarticulations même heureuses de la cuisse, provenaient d'une altération du cotyle. La plus remarquable des preuves à l'appui de cette opinion serait, selon lui, l'observation de l'amputé de M. Baffos (2), qui le vit succomber, trois mois après à une carie de la cavité cotyloïde. Cette complication serait d'autant plus à craindre chez un sujet scrofuleux et débilité, comme l'était, du reste, l'enfant dont il s'agit dans cette observation.

Mais si, au contraire, la fracture intéresse le col et la tête du fémur, ou seulement cette extrémité articulaire, sans délabrement des tissus, le chirurgien devra préférer la résection de la partie supérieure de l'os à l'amputation coxo-fémorale. Et la résection faite dans de telles circonstances nous semble aussi plus rationnelle que diverses opérations du même genre pratiquées sur d'autres régions des membres inférieurs.

M. Legouest, en énonçant, d'après différentes sources, quelques-uns des cas dans lesquels la résection de la partie supérieure du fémur a été faite, en indique douze ou quatorze. Il annonce plus d'un tiers de succès dans les résultats obtenus. Mais il nous laisse regretter une analyse sommaire de ces faits intéressants, dont nous croyons d'ailleurs le nombre plus con-

(1) *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XVI, 1851.
(2) *Bulletin de la Faculté de médecine*, t. VIII, 1812.

sidérable, et qui serviraient à démontrer peut-être les avantages de cette opération sur la désarticulation de la cuisse.

Parmi les faits énoncés, il en est un, messieurs, dont votre rapporteur (1) a recueilli l'observation au siége d'Anvers, et dont le résultat malheureux n'exclurait pas pour lui non plus l'opportunité de la résection.

Il s'agit d'un soldat blessé à la hanche par un fusil de rempart : le projectile avait pénétré par la partie externe et supérieure de la cuisse, au-dessus du grand trochanter, et était ressorti par le périnée, en fracturant comminutivement le col du fémur et le grand trochanter, sans dilacérer les parties molles. Le chirurgien en chef de l'armée belge, M. Seutin, pratiqua, de préférence à la désarticulation de la cuisse, la résection de l'extrémité articulaire du fémur. L'extraction de la tête osseuse brisée à son col anatomique et enclavée dans la cavité cotyloïde, rendit l'opération assez laborieuse. Des accidents consécutifs d'œdème gangréneux et les effets prolongés de la commotion traumatique entraînèrent, au quatrième jour, la mort du blessé. J'avais présumé dès cette époque « que, sans amputer la cuisse » dans l'articulation, on aurait peut-être réussi à conserver le » membre par l'extraction simple des fragments mobiles et par » l'application méthodique d'un appareil à fractures, quel que » dût être le raccourcissement consécutif ou la fausse articula- » tion. Mais était-il bien nécessaire de désarticuler, avec tant » de peine, la tête du fémur tout à fait intacte dans sa cavité et » si utile pour former le chapiteau de la colonne de sustention? » Je ne le pense pas non plus. »

J'ajouterai seulement que M. Seutin, en faisant cette résection du fémur, s'était surtout fondé sur les résultats généralement funestes de l'amputation immédiate de la cuisse dans l'articulation coxo-fémorale.

(1) *Histoire chirurgicale du siége de la citadelle d'Anvers*, p. 364, 1833.

M. Legouest a raison de dire que l'on ne saurait proposer un procédé spécial pour l'amputation dans les trochanters ou à la base du col, non plus que pour la résection du fémur, si ce n'est d'utiliser les parties molles, tout en incisant largement. Il a eu occasion de faire une amputation dans les trochanters; en taillant un lambeau postéro-externe, pour un cas de gangrène traumatique, et il pense que si l'on avait le choix, le procédé à deux lambeaux serait préférable.

Il conseille, dans le cas de résection, le procédé à lambeau semi-circulaire, adopté déjà par M. Velpeau (1), comme facilitant le plus le mode opératoire et la réunion.

Quant aux divers procédés de désarticulation coxo-fémorale, sans en discuter la valeur, notre confrère se prononce en faveur de celui qui consiste à former un vaste lambeau antérieur, d'après Plantade (2) l'un des premiers, à la suite surtout des coups de feu. M. Legouest énumère les avantages de ce procédé, qui diminue les dangers de l'hémorrhagie, en facilitant l'application des ligatures, et met à découvert la plus grande surface de la plaie, ainsi que l'articulation, pour détacher la tête de la cavité. Ajoutons que ce lambeau antérieur, retombant par son propre poids sur la demi-section circulaire, assujettit de lui-même la réunion, et empêche ou diminue l'infiltration du moignon, par l'écoulement déclive du pus.

M. Legouest a modifié ou complété le procédé à lambeau antérieur, en circonscrivant la partie postérieure du membre par une incision semi-circulaire dans le pli de la fesse, afin de donner plus de régularité au résultat de l'amputation. M. Lenoir (3) nous a fait remarquer, à cette occasion, qu'il avait proposé une modification analogue à celle-là, pour le procédé

(1) *Éléments de médecine opératoire*, t. I, 1832.
(2) *Dissertation sur l'amputation de la cuisse*, Paris, 1806.
(3) *Journal hebdomadaire de médecine*, 1830.

de Delpech, et déjà indiquée aussi par M. Manec, comme le rapporte d'ailleurs M. Velpeau (1) dans son ouvrage si plein d'érudition.

D'après les développements que nous avons cru devoir donner à l'analyse de l'intéressant mémoire de M. Legouest, nous arrivons à un principe simple, susceptible d'une formule à peu près absolue, à savoir : dans les fractures comminutives et compliquées du tiers supérieur du fémur par armes à feu, il faut tenter, en général, la conservation du membre, sauf à l'amputer plus tard, comme pour une lésion organique, au lieu d'en venir d'emblée à la désarticulation immédiate de la cuisse.

Le travail sur lequel nous venons, messieurs, de vous lire ce rapport, a donc une véritable importance pratique au point de vue de la chirurgie d'armée. M. Legouest a le mérite d'avoir démontré par des faits l'exactitude d'une proposition déjà émise avant lui, notamment par M. Sédillot, dans son mémoire. « L'auteur annonçait [disait Larrey comme rapporteur (2)], » d'après une étude attentive qu'il a faite de toutes les obser- » vations relatives à l'extirpation de la cuisse, qu'il lui semble » démontré que la règle générale de pratiquer immédiatement, » dans les maladies aiguës, telles que les blessures, l'amputa- » tion des membres, devait peut-être subir une exception pour » l'amputation de la cuisse. » M. Sédillot, en effet, a développé cette proposition au point de vue des maladies chroniques du fémur requérant la désarticulation, de même que le soutient M. Legouest, à propos des insuccès de l'opération immédiate, dans les cas de lésions traumatiques. Mais c'est, en définitive, la même proposition appuyée sur deux arguments irrécusables qui se lient l'un à l'autre par les résultats cliniques et statistiques des faits observés; et il faut que le rapporteur du mémoire

(1) *Éléments de médecine opératoire.*

(2) *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, janvier 1842.

soit doublement convaincu de l'exactitude de ce principe, pour le soutenir avec la plus entière confiance.

Votre commission, messieurs, n'aurait pas fini sa tâche à l'égard de M. Legouest, si elle devait vous rendre compte aujourd'hui d'un autre travail adressé par lui à la Société. Ce second mémoire, intitulé : *Des congélations observées à Constantinople, pendant l'hiver de* 1854 à 1855, a trop d'importance pour être analysé sommairement, mais, par cela même, il annonce un titre de plus à vos suffrages. M. le médecin major Legouest, bien qu'en résidence actuelle à Paris, peut en être détaché de nouveau, pour les exigences du service de santé militaire; il cessera même dans quelque temps ses fonctions d'agrégé à l'école du Val-de-Grâce, qui regrettera en lui un chirurgien habile et un professeur exercé ; mais, en quelque lieu qu'il soit placé (1), il serait heureux et honoré d'appartenir à la Société de chirurgie, en lui offrant de nouveaux tributs de ses travaux. Elle recueillerait de sa part, comme auprès de nos honorables correspondants de l'armée, d'utiles matériaux sur la chirurgie militaire.

En conséquence, messieurs, votre commission a l'honneur de vous proposer :

1° De renvoyer au Comité de publication le mémoire sur la *désarticulation coxo-fémorale*, en réservant votre décision ultérieure sur le travail relatif aux *congélations*.

2° De nommer M. le docteur Legouest membre correspondant de la Société de chirurgie.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

(1) M. Legouest a été nommé depuis professeur à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce.

Un second rapport de M. Larrey sur la *désarticulation coxo-fémorale* devait faire suite à celui-ci, dans les *Mémoires*, mais il sera inséré dans le tome X du *Bulletin*, parce qu'il a pour objet un ouvrage imprimé. Il s'agit d'un travail publié en 1845 par M. le professeur Sands Cox, de Birmingham.

DÉTERMINER
LES MEILLEURS MODES DE TRAITEMENT
APPLICABLES AUX
ABCÈS PAR CONGESTION SYMPTOMATIQUE
D'UNE LÉSION DE LA COLONNE VERTÉBRALE.

Par M. MICHEL.

Judicium difficile.

Pour déterminer la valeur relative de plusieurs méthodes de traitement appliquées à une affection pathologique, on possède trop rarement un nombre suffisant d'observations personnelles. Il faut donc recourir à l'expérience des autres. Un tel assemblage n'est possible qu'après s'être assuré qu'à toutes les époques, les mêmes noms ont désigné les mêmes choses. Sans cette rigoureuse précaution, on s'exposerait à colliger des matériaux étrangers à la question, dont la présence fausserait les résultats cherchés.

Telle est la première difficulté soulevée par le mot *abcès par congestion*, dont la signification variée n'est devenue précise qu'au commencement de ce siècle.

Pour éviter toute erreur, il m'a paru indispensable de redire *dans une première partie* les phases de la science sur ce point, et, bornant bientôt notre tâche aux limites imposées, rappeler de l'histoire des abcès par congestion symptomatiques d'une lésion de la colonne vertébrale les parties dont la connaissance importe à la solution de notre sujet.

L'appréciation de la valeur relative des modes thérapeutiques n'est possible qu'après un exposé exact de leur emploi, de

leurs succès, leurs insuccès, en un mot de toutes les circonstances favorables ou nuisibles à leur action. Ce sera le but *de notre deuxième partie.*

Dans une troisième et dernière, corollaire obligé de la précédente, nous donnerons les conclusions fournies par une étude comparée et attentive des faits qui auront passé sous nos yeux.

PREMIÈRE PARTIE.

Des abcès par congestion en général et de ceux dus à une lésion du rachis en particulier.

Émanation du vieil humorisme, le mot *abcès par congestion* fut donné jusqu'à la fin du XVIIIe siècle par la plupart des chirurgiens à la deuxième cause générale de la formation des apostèmes ou tumeurs contre nature.

Ainsi Ambroise Paré (1), dont les théories sont généralement empruntées à Galien, aux Arabes et arabistes, dit : « Les causes » générales des apostèmes, ou tumeurs contre nature, sont de » deux sortes, à savoir : *la fluxion,* qui est un soudain débordement d'humeurs avec plus grande quantité qu'il n'en est » besoin à la partie pour sa nourriture; et *congestion,* cas où la » matière de la nourriture, qui est multipliée par imbécillité » de la partie, et n'est autre chose que ce qui doit être commué » et assimilé en sa substance. »

Au XVII[e] siècle, Séverin (2) reproduisit la même idée dans cette phrase : « Altera tumoris efficiens causa congestio, ut ex » Galeni sententia, congestio vero excrementorum tertiæ coctionis in parte aliqua collectio est.»

Au commencement du XVIII[e] siècle, Guillaume Mauquest

(1) *Œuvres complètes d'Ambroise Paré,* édit. de M. Malgaigne, t. I, p. 320 et 321.
(2) *Synopseos chirurgiæ libri sex Amstelodami,* 1664, p. 9.

Delamotte (1) reproduisit la même doctrine pour la combattre et lui substituer celle de l'obstruction. « Les abcès, dit-il, se forment, d'après les anciens, par deux causes générales : *la fluxion*, cas où l'abcès se développe très promptement, puisqu'une partie décharge ses humeurs sur une autre ; *la congestion*, si l'abcès croît lentement et peu à peu par les liquides, la pituite et la mélancolie.

Sans multiplier ces citations, ajoutons que les auteurs modernes ne sont pas tombés d'accord sur l'interprétation des doctrines anciennes. Ainsi, M. Bérard et Roux (2) écrivent que le mot *abcès par congestion* fut synonyme d'*abcès per decubitum*.

M. Nélaton (3) croit que les anciens n'ont voulu désigner que les abcès froids. D'après Boyer (4), « la dénomination d'*abcès par congestion* a été donnée par les auteurs à des tumeurs purulentes et de nature très différente. Ainsi on s'en est servi pour désigner les abcès qui sont le produit d'une inflammation lente, mais qui se manifestent dans l'endroit où le pus est formé, et ceux dont la source primitive est plus ou moins éloignée du lieu où se fait la collection purulente. On a même appelé quelquefois de ce nom certaines tumeurs qui ne contiennent pas de pus, comme les loupes. »

L'obscurité des citations empruntées aux anciens justifie aisément la dissidence des ouvrages modernes. Sans nous engager à ce propos dans une discussion stérile, disons tout de suite que Ledran (5), dans un ouvrage peu cité, essaya, dès 1731, d'élucider ce sujet, en donnant, sauf les termes, la classification des abcès acceptée de nos jours.

(1) *Traité complet de chirurgie*, t. 1, chap. des TUMEURS.
(2) *Dict. des sc. médic.*, t. I, p. 56.
(3) *Elém. de pathol. chirurg.*, t. II, p. 81.
(4) *Traité des mal. chirurg.*, t. I, p. 548, 5e édit.
(5) *Observ. chirurg.*, t. II, p. 101, édit. de 1731.

Il nomma les tumeurs phlegmoneuses abcédées, *abcès proprement dits; abcès par congestion*, ceux qui se forment lentement, sur place, s'accompagnant de nodosités difficiles à résoudre; il créa enfin la dénomination de *collections purulentes* pour les dépôts dont la source est plus ou moins éloignée du lieu de leur apparition, et dont la cause siége le plus souvent dans les os cariés : il base cette dernière classe sur des observations suivies d'autopsie. On lira avec intérêt le passage où ce chirurgien expose ses vues nouvelles, d'autant plus, comme il le dit (p. 109), que les auteurs n'ont jamais fait cette distinction.

« Si la fluctuation a été précédée de quelques symptômes qui frappent, tels que sont fièvre vive, chaleur brûlante à la partie où se montre le pus, tension et pulsation ; si, de plus, elle est accompagnée de rougeur à la peau, sûrement le pus s'est formé au lieu même. Cette tumeur peut, à juste titre, prendre le nom d'abcès. Mais si, au lieu où la fluctuation se manifeste sous le doigt, il n'y a eu précédemment ni douleur ni pulsation, et s'il n'y a aucun changement de couleur à la peau, il y a beaucoup d'apparence que le pus vient d'ailleurs, et qu'il y a quelque part une source de laquelle il s'écoule à mesure qu'il se forme. Cette dernière espèce de tumeur ne peut être nommée un abcès : je la nommerai une *collection de pus*, et j'en ferai toujours un très mauvais pronostic, d'autant que dans les cas pareils, j'ai presque toujours trouvé quelque os carié au voisinage de l'endroit d'où venait le pus. »

La lucidité des vues de Ledran ne frappa point les chirurgiens de l'époque, et le vague de la vieille classification fut conservé dans leurs publications. Ainsi les mémoires de Médalon (1), Lecat (2), David (3), dignes d'être cités sous d'autres

(1) *Prix de l'Acad. de chirurg.*, t. I, p. 1, édit. de 1819.
(2) *Id.*, t. I, p. 28, édit. de 1819.
(3) *Id.*, t. IV, 1re partie, p. 121.

rapports, la consacrent en pratique. Hévin (1) réunit encore sous le titre de *dépôts par congestion* les abcès liés à des caries vertébrales, dus à des engorgements lymphatiques ou causés par des contusions ou des vices rhumatismaux.

Sabatier (2), dans sa classification étiologique des abcès, nomme ceux par congestion *rhumatismaux*. « Ces abcès, dit-il, sont connus sous le nom d'*abcès par congestion*, parce qu'ils se forment d'une manière lente, et le plus souvent sans que la santé en soit altérée. Mais celui sous lequel je les désigne me paraît mieux leur convenir, parce qu'il indique la cause qui y donne lieu. Cette cause est toujours une affection rhumatismale plus ou moins vive, qui s'est fixée sur une partie quelconque.

Boyer (3), revenant à l'idée de Ledran, divisa les abcès en *chauds*, *froids* et *par congestion*. Cette classification et le sens des expressions de l'illustre chirurgien de la Charité sont restés dans la science. « Nous bornons, dit-il, la dénomination d'*abcès par congestion* à ceux dont le pus causé par la carie du corps des vertèbres ou d'une grande articulation, comme celle du fémur avec le bassin, fuse dans le tissu cellulaire, va se réunir en foyer et produire une tumeur dans un endroit plus ou moins éloigné du lieu où il s'est formé.

Tout en acceptant la manière de voir de Boyer, les chirurgiens d'aujourd'hui ont fait une plus large part à la migration, en lui assignant pour point de départ, non-seulement quelques parties du squelette, mais même le squelette entier. Ainsi, MM. Denonvilliers et Gosselin (4) définissent les abcès par congestion : « des collections purulentes qui, fournies par les

(1) *Pathol. et thérap. chirurg.*, éd. de 1793, t. I, p. 267.
(2) *Méd. opérat.*, t. II, p. 240, édit. de Dupuytren. — Sanson et Bégin.
(3) *Loc. cit.*, t. I, p. 548.
(4) *Compendium de chirurg. pratiq.*, t. II, p. 743.

os malades, se forment sans douleur vive, sans chaleur, sans rougeur, et font saillie sous la peau à une certaine distance du lieu où le pus est formé. » Ils ont suivi, du reste, la manière de voir de Dupuytren (1), Larrey (2), Chélius (3), Vidal (de Cassis (4), Nélaton (5), etc.

Si les os étaient la seule source possible de cette classe d'abcès, cette définition serait à peu près juste. Il est hors de doute que le pus, né dans des parties molles, peut s'éloigner de son lieu d'origine. Cette vue nouvelle a fourni à M. Pichinot de l'Orme (6) cette définition plus large : « Toute accumulation de pus qui se forme dans un lieu plus ou moins éloigné de celui où la sécrétion purulente existe, que cette source soit dans les parties molles ou les parties dures. » Cette interprétation a été suivie par M. Bérard et Roux (7), MM. Bégin (8), Sédillot (9), Payan (d'Aix) (10), etc.

Finissons ce qui a trait à ce sujet en rappelant que Dupuytren (11) essaya de substituer au mot *abcès par congestion* celui d'*abcès symptomatique*. Cette synonymie n'est pas exacte, quoi qu'on en ait dit. En effet, tout abcès par congestion est un symptôme, mais tout abcès symptomatique n'est pas migrateur.

M. Gerdy, à notre avis, a été plus heureux en les nommant *abcès ossifluents migrateurs*, si l'on ne perd pas de vue que

(1) Dup., *Leçons oral.*, t I, p. 137.
(2) *Clin. chirurg.*, t. III, p. 309.
(3) *Traité de chirurg.*, trad. de l'allemand, t. I, p. 83.
(4) *Pathol. chirurg.*, t. II, p. 435, 2e édit.
(5) *Loc. cit.*, t. II, p. 81.
(6) *Essai sur les abcès par congestion*, thèse de Paris, 1818.
(7) *Loc. cit.*, p. 57.
(8) *Elém. de chirurg.*, t. I, p. 99, 2e édit.
(9) *Méd. opér.*, 2e édit., t. II, p. 186.
(10) *Mém. sur le traitem. des abcès par congest.* (*Rev. méd.*, 1847, t. VIII, p. 305)
(11) *Loc. cit.*

cette expression réunit seulement la plus grande partie des abcès par congestion.

Les abcès par congestion symptomatique d'une affection de la colonne vertébrale forment le groupe le plus important en raison de leur fréquence, de leurs dispositions anatomo-pathologiques, de la gravité de leurs accidents, et de l'incertitude, sinon de l'impuissance des moyens thérapeutiques qu'on leur oppose. Toutes ces questions, et surtout la dernière, ont tour à tour excité l'attention des chirurgiens à des époques différentes. On conçoit cet empressement pour une maladie généralement réputée comme au-dessus des ressources de l'art. Aussi, chaque fois qu'un moyen nouveau s'est présenté avec les apparences du succès, on s'est empressé de le mettre à l'épreuve. Trop souvent les espérances ont été malheureusement déçues. Il en est résulté un certain découragement, qui a pesé même sur la rédaction des matériaux destinés à élucider la question du traitement. Dans les recherches qu'a nécessitées ce travail, nous nous sommes convaincu trop souvent que, pour soutenir leurs opinions, les auteurs ont eu recours à des observations peu nombreuses, morcelées, incomplètes, et même à de simples souvenirs. On comprend aisément ce qu'il y a de défectueux dans une telle manière de faire, et les illusions qu'elles peuvent fournir à certaines imaginations toujours prêtes à entourer leurs innovations des soins affectueux et faciles de la paternité.

Dans cet état de choses, pour la partie appréciative de ce mémoire, nous nous sommes fait un devoir rigoureux, non-seulement de revoir les traités originaux sur la matière, mais de relire, même une à une, toutes les observations que nous avons pu nous procurer, et que nous citerons dans le courant de ce travail.

Avant d'entrer dans le cœur de la question, nous avons cru indispensable de rappeler brièvement certains points de l'his-

toire générale des abcès par congestion symptomatiques d'une lésion rachidienne. Les uns nous fourniront d'utiles renseignements, les autres nous permettront de formuler certains desiderata d'une importance réelle.

Nature des lésions anatomo-pathologiques de la colonne vertébrale pouvant causer des abcès par congestion.

On ne saurait contester à l'antiquité d'avoir connu le rapport qui existe entre certains abcès et les lésions de la colonne vertébrale; ainsi, dans Hippocrate, on lit : « Les gibbosités sont souvent suivies d'affections des reins, de la vessie, de dépôts lents et difficiles à tarir qui percent dans les aines et les lombes sans résolution quelconque (1). »

Malgré cette citation et d'autres que nous passons sous silence, la chirurgie moderne revendique justement pour elle d'avoir précisé le rapport de la cause à l'effet, et la nature variée des altérations anatomo-pathologiques.

En effet, jusqu'à la fin du XVIII[e] siècle, on admettait généralement que le pus né des parties molles voisines, engendrait la carie des vertèbres, les abcès du psoas par exemple. Telle est l'origine évidente des mots *abcès du psoas*, *abcès lombaires*, sous lesquels certains écrivains, comme Bazile (2), Samuel Cooper (3), Benjamin Bell (4), etc., désignent les abcès par congestion fournis par la colonne vertébrale. Cette action corrosive du pus sur les os, admise par les anciens, se retrouve dans Ambroise Paré (5) : « Quand une plaie, dit-il, est de

(1) *Traité des articles*, t. II, p. 221, traduction de Mercy.
(2) *Prix de l'Acad. de chirurg.*, *Sur les effets des contre-coups*, t. IV, 2[e] part., p. 449.
(3) *Dict. de chirurg.*, art. LOMBAIRES.
(4) *Cours complet de chirurg.*, trad. de Bosquillon, t. V, p. 243. Paris, 1796.
(5) *Loc. cit.*, t. II, p. 280.

longue durée, la sanie croupissant sur les os s'imbibe en leur substance et les pourrit. » Dans Mauquest de Lamotte (1), on lit : « L'os paraissait découvert par la longueur du temps que le pus a séjourné dans la tumeur. » Dans le mémoire de Bazile (2), on revoit la même pensée en ces termes : « L'effort de ces muscles (psoas-iliaque) est quelquefois si violent que plusieurs de leurs fibres peuvent éprouver une rupture, qui pourra donner lieu à une inflammation, à un abcès dans le corps du muscle, et par suite à une carie des os voisins. »

Bell Benjamin (3) soutient la même doctrine quand il dit : « L'ouverture des cadavres prouve que ces abcès (lombaires) ne peuvent subsister longtemps sans affecter les parties molles qui recouvrent les vertèbres des lombes et la substance même de ces vertèbres. On a quelquefois trouvé ces dernières cariées, et même en partie dissoutes dans la matière des abcès. »

C'est encore Ledran (4) qui essaya pour la première fois de relever cette erreur. La lecture des LXIX[e] et LXX[e] observations ne laisse aucun doute à cet égard. Il est question de deux malades portant des abcès aux lombes et aux aines, et chez lesquels on constata après la mort la carie des corps et des apophyses transverses des vertèbres dorsales et lombaires. Notre auteur s'efforce de prouver dans ses réflexions que la carie n'est pas l'effet, mais bien la cause des fusées purulentes trouvées dans les muscles psoas et les régions lombaires.

Dès la fin du XVIII[e] siècle, et sans doute sous l'influence du travail de Pott (5), plus heureux que celui de Ledran, les altérations de la colonne vertébrale furent exclusivement con-

(1) *Loc. cit.*, t. I.
(2) *Loc. cit.*, p. 449.
(3) *Loc. cit.*, p. 243.
(4) *Loc. cit.*, t. II.
(5) *Remarques sur cette espèce de paralysie*, etc., traduction française, de 1783, p. 27.

sidérées comme la cause des abcès par congestion, et non comme leur effet. Quelques citations empruntées aux ouvrages marquants du commencement du XIXe siècle prouveront le revirement des opinions à ce sujet.

On lit dans Sabatier (1) : « Il arrive souvent que les os sont malades dans les abcès rhumatismaux, non parce que le pus attaque leur substance, mais parce que la maladie qui donne naissance à ces abcès a commencé par en attaquer le tissu et y causer une carie. »

Boyer s'exprime de même dans cette phrase (2) : « Les abcès par congestion reconnaissent constamment pour cause la carie du corps d'une ou plusieurs vertèbres.

Lobstein (3) insiste sur ce fait : « Que le pus, renfermé dans les abcès, ne peut pas davantage être considéré comme une cause de carie. D'abord le pus louable n'a pas de vertu corrosive; en second lieu on observe que, dans les abcès voisins des os, le périoste acquiert plus de densité. »

Un élève de Delpech, M. Pouget (4), nous transmet ainsi la pensée de son maître : « Non sans doute, toujours dans ces cas l'abcès est la suite de l'altération de l'os. »

Je pourrais grossir beaucoup cette liste de citations analogues, mais c'en est assez pour démontrer que la doctrine nouvelle sur l'innocuité du pus est généralement substituée à l'ancienne, admettant son action corrosive.

Nous avons trouvé dans nos recherches que M. le professeur Jules Cloquet avait voulu, dans des leçons cliniques recueillies et publiées par M. Malieurat de Lagémard (5), revenir partiel-

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 444.
(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 548.
(3) *Anatom. pathol.*, t. II, p. 177.
(4) *Recherches sur la carie*, thèse de Montpellier, 1821, p. 45.
(5) *Mém. sur le pus en contact avec les os.* (*Arch. gén. de méd.*, mars 1837, t. XIII p. 272.)

lement aux vieilles doctrines, et prouver par des faits la possibilité d'une carie produite par la suppuration des parties molles. A notre avis l'observation d'abcès de l'aisselle, sur laquelle se base ce travail, est loin de subvenir aux frais d'une semblable démonstration, dont nous ne prétendons pas nier absolument la possibilité.

Il est donc bien évident qu'à notre siècle revient le mérite d'avoir précisé le rapport de causalité entre l'abcès par congestion et la lésion vertébrale. Voyons maintenant si la détermination de la nature des lésions anatomo-pathologiques n'est pas aussi le fruit des recherches modernes.

Boyer disait (1) : « Toutes les caries de la colonne vertébrale ne sont pas accompagnées d'abcès par congestion ; l'ouverture d'un grand nombre de personnes mortes de cette maladie m'a fourni l'occasion de remarquer que, quand la carie est superficielle, elle est suivie d'abcès par congestion, et que, lorsqu'elle attaque plus profondément le corps des vertèbres, dont elle change la substance en une espèce de putrilage, elle donne lieu à la courbure de l'épine, et l'on constate l'affection que l'on appelle *mal vertébral de Pott.* »

Depuis l'ouvrage de cet illustre chirurgien, les travaux d'anatomie pathologique ont établi que l'unité morbide *carie* se décomposait en une série d'effets produits par des affections génératrices de nature différente. Ainsi, au point de vue de notre question, la carie doit être considérée, tantôt comme un effet de tubercules développés dans le tissu des vertèbres, tantôt comme une suite de l'ostéite, et même de l'arthrite vertébrale. En outre, ces recherches ont montré ce qu'il y avait d'exagéré dans l'opinion de Boyer, lorsqu'il laisse à entendre que dans la maladie de Pott les abcès par congestion font dé-

(1) *Loc. cit.*, t. I, p. 549.

faut. Or, de nos jours la maladie de Pott se fond dans l'arthrite, l'ostéite et le tubercule vertébral.

On conçoit pour le traitement l'importance de statistiques établissant la gravité relative de ces trois affections. Malheureusement elles ne sont guère possibles, vu la nouveauté de cette manière de voir, la difficulté des recherches, le doute même qui pèse sur l'existence de l'une de ces maladies, et, disons-le, la tendance trop générale d'absorber au profit de son idée des faits qui s'en sépareraient facilement.

En raison de l'actualité du sujet, indiquons sommairement les travaux relatifs au tubercule, à l'ostéite et à l'arthrite vertébrale, afin de connaître les tendances actuelles de cette partie de notre science.

Tubercule des os. — Sans avoir la prétention de dire que les temps passés n'ont rien su de cette altération, je rapporterai à Laennec d'abord (1), à Delpech ensuite (2), l'honneur d'avoir définitivement introduit en médecine la connaissance de l'affection tuberculeuse des os en général, et celle des vertèbres en particulier. Plus tard, M. Nichet (de Lyon) (3) en a donné une histoire plus complète en décrivant bien surtout la forme enkystée; puis est venu M. Nélaton (4), qui a surtout insisté sur l'infiltration tuberculeuse.

Fasciné par sa découverte, M. Nélaton, dont les vues ont été partagées, aurait bien pu s'éloigner de la vérité en exagérant le rôle du tubercule dans la pathologie des os. Aussi l'on se demande avec raison aujourd'hui, si l'infiltration tuberculeuse et ses produits n'ont pas été confondus parfois avec l'ostéite suppurée, diffuse, et ses conséquences. Consultez à ce sujet les tra-

(1) *Journ. de méd. de Corvisart*, t. II, p. 145, année 1812.
(2) *Traité des mal. réputées chirurg.*, 1816, t. III, p. 645.
(3) *Du mal vertébral* (*Gaz. méd. de Paris*, 1835, p. 529 et 545. — *Id.*, 1840, p. 385, etc.
(4) *Sur l'affect. tuberc. des os*, thèse de Paris, 1837.

vaux de Rokitansky (1), Lebert (2), Hérard (3): c'est, je l'avoue, l'impression que m'ont laissée mes propres recherches. Au surplus, pour le moment, tout n'est pas dit sur le tubercule en général, et celui des os en particulier. Le même larcin n'aurait-il pas été commis parfois au détriment de l'arthrite vertébrale?

Arthrite vertébrale. — On ne saurait nier son existence pour toutes les articulations diarthrodiales de la colonne vertébrale. Ce point est incontestable. Mais il n'en est pas de même pour la portion synarthrodiale, en un mot pour l'arthrite, dont le siége primitif serait dans les disques intervertébraux. M. Nélaton (4) a combattu entièrement cette manière de voir. L'anatomie pathologique peut seule terminer ce débat. Seulement il faudrait des autopsies de cas récents, chose à peu près impossible, puisque la mort n'arrive qu'après des désordres largement étendus aux surfaces osseuses. Malgré ces difficultés, un bon nombre d'auteurs recommandables, se fondant sur l'analogie anatomo-physiologique, sur les données de la clinique, et sur quelques lésions isolées des disques, ont définitivement admis l'inflammation primitive des fibro-cartilages intervertébraux. Ainsi, après Pott (5), sont venus Delpech (6), Larrey (7), Boyer (8), Brodie (9), Nichet (10), et tout récemment MM. Ripool (11) et Scutzemberger (12).

(1) *Anat. pathol.*, t. II, p. 177.
(2) *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XIV.
(3) *Arch. gén. de méd.*, 4ᵉ série, t. XIX.
(4) *Loc. cit.*, p. 57.
(5) *Loc. cit.*, p. 40.
(6) *Loc. cit.*, t. III, p. 309; et de l'*Orthomorphie.*
(7) *Clin. chirurg.*, t. III, p. 309.
(8) *Loc. cit.*, t. I.
(9) *Traité des maladies des articulations.*
(10) *Loc. cit.* (*Gaz. méd. de Paris*).
(11) *Essai sur l'arthrite vertébrale*, thèse de Paris, 1850, n° 194.
(12) *De l'arthrite rachidienne* (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1853, p. 161).

Ostéite vertébrale. — Elle n'a pas donné lieu à des travaux spéciaux, son histoire se fond dans celle de l'ostéite en général; seulement nous rappellerons que MM. Roche et Sanson (1) décrivent sous ce nom toutes les altérations englobées sous le titre de *mal de Pott*.

La tendance actuelle a donc pour but de fixer le rôle que chacune de ces altérations joue dans la production du mal vertébral, et d'une de ses conséquences les plus fâcheuses, les abcès par congestion.

Trajet des abcès par congestion symptomatiques d'une lésion vertébrale.

Inutile de rechercher si la migration des abcès se fait suivant une loi déterminée par l'action de la pesanteur (Ledran) (2), par la disposition des nerfs (Bourgeot Saint-Hilaire) (3), par l'arrangement des plans aponévrotiques, par l'action musculaire, ou par la disposition des couches de tissu cellulaire ou des gaînes vasculaires, trop de faits viendraient tour à tour déposer contre une telle hypothèse. Qu'il me suffise d'ajouter que Smith (de Dublin) (4) a vu un abcès provenant d'une carie occipito-odontoïdienne gagner le creux sus-claviculaire et s'ouvrir dans le poumon.

Indiquons seulement, dans l'intérêt de la question, les variétés de trajet suivi par les fusées purulentes et leurs proportions relatives à peu près.

Sur un relevé de quarante-huit observations, nous notons trente-neuf migrations dans le voisinage du bassin, six dans la région cervicale, et trois dans la région dorsale.

(1) *Pathol. méd. chirurg.*, t. II, p. 81, 2e édit.
(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 109.
(3) *Revue médicale*, 1834.
(4) *Dublin journ.*, 1842, reproduit par les *Arch. gén. de méd.*, 1842.

Les trente-neuf migrations voisines du bassin se répartissent ainsi : treize s'arrêtent dans le voisinage de l'aine; quatorze occupent les fosses iliaques et la partie supérieure interne ou externe de la cuisse correspondante ; une apparaît à l'épine iliaque supérieure et antérieure; sept aux régions lombaires: trois aux fessières ; une au périnée. Des six de la région cervicale, une est notée au creux sus-claviculaire; quatre aux régions latérales du cou; deux sous la face postérieure du pharynx.

Les trois dorsales se trouvaient en arrière sur les côtés de la colonne vertébrale.

Ce tableau ne comprend pas tous les points où un abcès par congestion peut se montrer. Ainsi, comme faits exceptionnels, on a cité leur ouverture dans les poumons [Cayol et Gooch (1), M. Denonvilliers (2), Stannius (3), Smith (4), Nichet (5), Costilly (6)] ; dans l'œsophage (Roux et Bérard) ; dans le côlon descendant (Wedemeyer), j'en ai vu aussi un exemple; dans le canal rachidien (Hufland), dans l'anneau inguinal (Brodie), dans l'articulation coxo-fémorale (Cruveilhier (7), Laurence) (8).

Quelques abcès ont des trajets multiples, ils aboutissent, par exemple, aux lombes et à l'aine, aux deux aines, etc., toutes choses égales d'ailleurs, un abcès par congestion à long cours, à trajets multiples, voisins d'organes importants, est plus dangereux.

(1) *Dict. de méd.*, article de M. Bérard et Roux.
(2) *Compend. de chirurg.*, t. II, p. 741.
(3) *Arch. gén. de méd.*, 1837, t. XII, p. 101.
(4) *Arch. gén. de méd.*, 1842.
(5) *Gaz. méd. de Paris*, 1840, obs. 1.
(6) *Revue médicale*, 1852.
(7) *Traité d'anatom. descript.*, t. II, p. 132, 2e édit.
(8) *Gaz. méd. de Paris*, 1842, p. 117.

Les abcès par congestion, liés à une altération vertébrale, peuvent-ils guérir?

Jusqu'au commencement de ce siècle, les chirurgiens déclaraient, à peu près à l'unanimité, le symptôme et la lésion incurables.

Ledran dit (1) « qu'il fera toujours de ces tumeurs un très mauvais pronostic, » et comme preuve il cite trois observations terminées par la mort.

« Cette maladie, écrit Bazile (2), est si terrible, que l'art n'offre aucune ressource contre elle. »

Dans sa quatrième conclusion, Pott (3) formule ainsi sa pensée : « Il arrive par manque d'attention, la durée du temps ou quelque autre circonstance, que les corps des vertèbres deviennent complétement cariés et les cartilages intervertébraux détruits, on ne doit plus attendre de secours du remède proposé. »

D'après Sabatier (4), « quand les sujets sont jeunes, qu'ils sont d'une bonne constitution, et que les os n'ont pas souffert d'altération, ils guérissent. Dans les cas contraire, l'événement est funeste. »

Boyer (5), en parlant de sa méthode, dit simplement : « Elle n'empêche pas les malades de mourir. »

De nos jours, l'opinion s'est sensiblement modifiée, puisqu'on a recueilli dans ces derniers temps un certain nombre de faits prouvant la cure spontanée et chirurgicale de la lésion vertébrale et de ses conséquences.

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 102.
(2) *Loc. cit.*, t. IV, p. 441.
(3) *Loc. cit.*, p. 41.
(4) *Loc. cit.*, t. II, p. 444.
(5) *Loc. cit.*, t. I, p. 554.

Les observations de guérison spontanée, c'est-à-dire sans ouverture extérieure et avec résorption du contenu de l'abcès, parvenues à notre connaissance, sont au nombre de neuf. Sur ce nombre, six fois la guérison fut complète. Dans un cas il est permis de mettre en doute la nature du mal. Deux fois l'absorption du pus n'était pas terminée au moment de la rédaction du fait.

De ces neuf observations, trois appartiennent à Larrey, une à M. Costes (de Bordeaux) (c'est le fait douteux), une à Lisfranc, une à Dupuytren, une à M. Nélaton, une à Vilmot; la neuvième, vérifiée à l'autopsie, est de Hourmann; elle est citée dans l'article de MM. Roux et Bérard.

Les unes ne sont qu'indiquées, les autres existent avec des détails plus ou moins complets. Nous allons les donner telles qu'elles se trouvent dans les livres où nous les avons lues.

M. Bérard et Roux (1) transcrivent ainsi la dissection de Hourmann : « La colonne vertébrale offrait une courbure angulaire dans le sens antéro-postérieur : le corps de plusieurs vertèbres a été détruit; mais tout est consolidé et sain : le psoas du côté gauche a disparu, on ne trouve plus à sa place qu'un gros corps fibreux qui aboutit à l'aine vers le petit trochanter. »

C'est dans ce même article qu'est relaté le cas de Vilmot, dans lequel tout le pus fut absorbé et remplacé par un fluide élastique qui remplissait la poche accidentelle. Le gaz fut absorbé à son tour, et il ne resta nul vestige de la maladie.

On lit dans la *Chirurgie* de M. Nélaton (2) : « Nous avons vu un de ces malades guérir complétement, avoir une gibbosité qui ne l'empêcha pas de prendre un service d'infirmier à l'Hôtel-Dieu (3). »

(1) *Loc. cit.*, t. I, p. 68.
(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 96.
(3) Depuis ce travail, M. Bouvier a publié un mémoire (*Archives générales de méde-*

Dupuytren (1) raconte l'histoire d'un jeune marchand qui fut atteint d'un abcès par congestion provenant d'une carie de la colonne vertébrale, accompagnée de gibbosité considérable. Cette carie guérit par l'emploi réitéré des moxas, cautères, etc. — L'abcès ne disparut point, mais il diminua un peu de volume. Cinq ou six mois après le malade succomba à une pleuropneumonie; on fit l'autopsie, et l'on trouva la carie du rachis tout à fait guérie. La gibbosité seule persistait. L'abcès était converti en une matière grasse, molle, onctueuse, présentant tous les caractères chimiques et physiques de l'adipocire. Le canal ou trajet qui s'étendait du point carié de la colonne vertébrale à l'abcès était rétréci, interrompu dans quelques points, et dans les parois on trouvait encore de cette matière.

OBSERVATION DE LARREY (2).

Joseph Richaudet, âgé de vingt-trois ans, canonnier, était atteint, en février 1816, d'une tumeur de la grosseur des deux poings, de forme ovalaire, située derrière le bord spinal du scapulum droit : il y avait fluctuation dans toute son étendue, sans douleur ni changement de couleur à la peau, le sujet se tenait constamment courbé. Les apophyses épineuses des vertèbres dorsales étaient saillantes, écartées, et cette portion du rachis un peu déviée à gauche : lorsqu'on pressait un peu les points correspondants à ces vertèbres, le malade ressentait une vive douleur accompagnée d'un sentiment de faiblesse, qui allait jusqu'à la syncope, si on prolongeait la pression. Cette tumeur et les autres symptômes qui l'accompagnaient me firent aisément reconnaître une maladie de Pott portée au deuxième et au troisième degré. Elle était le résultat d'une affection rhumatismale que ce militaire avait contractée au bivouac glacé et humide de la campagne de France de 1814. L'état du malade était tellement désespéré que je n'attendais aucun succès de l'emploi du moxa.

cine, 1857, t. IX, p. 1) dans lequel il prouve par de nouveaux documents que ce mode de guérison est plus fréquent qu'on le croit généralement. Il serait même possible d'en favoriser le développement par un emploi raisonné de certains moyens thérapeutiques.

(1) *Leçons orales*, t. I, p. 131.

(2) *Clin. chirurg.*, t. III, p. 314, obs. avec dessin.

Néanmoins j'en tentai l'usage. A la troisième application que j'en fis, à neuf et dix jours d'intervalle, sur le trajet des vertèbres dorsales qui paraissaient les plus affectées, le malade se trouva soulagé. Sa tumeur avait déjà diminué sensiblement, et c'est alors que je la fis dessiner. Je prescrivis les antiscorbutiques et la continuation des moxas jusqu'au vingt-quatrième. Les derniers furent appliqués sur la paroi externe de la poche purulente, qui empêchait le recollement des parois. La guérison de ce militaire était complète dix mois après. Il a éprouvé pendant sa maladie un raccourcissement de plus d'un demi-pouce. Ce sujet a été présenté à la Société de médecine de la Faculté avant et après sa guérison.

OBSERVATION (*B*) DE LARREY (1).

Sommaire. — La demoiselle X., âgée de vingt-cinq ans, porte une tumeur fluctuante entre l'épaule et l'épine dorsale. — Omoplate soulevée par la tumeur. — Courbure dorsale.—Émaciation générale.—Toniques à l'intérieur.—Vingt moxas appliqués à des intervalles de neuf jours. — Résolution de la tumeur. — Santé rétablie dans l'espace de huit mois environ.

OBSERVATION (*C*) DE LARREY (2).

(Résolution incomplète.)

Un militaire, atteint d'une tumeur fluctuante entre le scapulum et les vertèbres dorsales supérieures, avec déformation de la colonne vertébrale et paralysie des membres supérieurs, est soumis à l'usage de ventouses et de treize moxas. En deux mois l'abcès est réduit au quart de son volume primitif. Le malade quitta l'hôpital à cette époque et fut perdu de vue.

OBSERVATION DE M. COSTES, DE BORDEAUX (3).

(Cas douteux.)

Il y a huit ou dix mois, un enfant de treize ans fut pris d'une fièvre régulière avec douleur dans le côté droit du ventre, où l'on reconnut une tumeur sous-cutanée fluctuante. Elle pouvait mesurer 2 ou 3 centimètres d'épaisseur sur 15 à 18 de surface.

On douta d'abord de sa cause et de sa nature, et l'on ne s'occupa que de la fièvre, contre laquelle on administra le sulfate de quinine et un purgatif qui échouèrent. M. Costes, en examinant la colonne vertébrale, reconnut une proé-

(1) *Clin. chirurg.*, t. III, p. 313.

(2) *Clin. chirurg.*, t. III, p. 319.

(3) *Journ. de méd. de Bordeaux*, article reproduit par le *Bull. thérap.*, 1846, t. XIX.

minence très sensible vers la douzième vertèbre dorsale. Le toucher provoquait de la douleur qui irradiait dans la direction de la tumeur d'où le diagnostic abcès par congestion. Les parents se rappelèrent alors que l'enfant avait, quelque temps avant l'apparition de la tumeur, fait une chute sur les reins. On appliqua des cautères sur le point douloureux de la colonne; on fit des frictions mercurielles, on donna l'iodure de potassium à l'intérieur. La tuméfaction diminua et disparut quelques jours après. Au bout d'un mois l'enfant put se tenir debout et faire quelques pas. Après trois ou quatre mois la santé était complétement rétablie. Mais le point saillant de la colonne vertébrale persistait toujours un peu.

OBSERVATION DE LISFRANC (1).

(Résorption incomplète du pus.)

Un homme, âgé de quarante ans, couché au n° 18 de la salle Saint-Louis, porte une gibbosité à la partie supérieure de la région lombaire et un abcès du volume de la tête d'un adulte siégeant à l'aine et à la cuisse. On s'assure facilement du passage du pus de la cuisse, derrière le péritoine et réciproquement. L'iodure de potassium est administré à l'intérieur à la dose de 0,50 à 1 gr. 50 cent. Au bout de cinq semaines il y avait une résorption très considérable du contenu. On ne percevait plus le passage du pus de la cuisse derrière le péritoine. Actuellement il n'en reste que quelques vestiges; on sent à peine la fluctuation. La constitution du sujet est parfaitement rétablie.

Nous avons fait un second relevé comprenant tous les cas de guérison parvenus à notre connaissance et dus à un traitement général et local, pendant lequel l'abcès par congestion s'est ouvert spontanément ou a été vidé par un procédé opératoire quelconque.

Ce deuxième relevé comprend vingt-deux cas de guérisons : trois ne sont qu'indiqués par leurs auteurs, les autres sont cités avec plus ou moins de détails.

Il est bon de dire que nous avons admis comme guéris seulement les malades chez lesquels toute trace de fistule avait disparu. On pourrait rigoureusement contester l'authenticité du diagnostic quant à la lésion vertébrale, dans quelques-unes de nos observations, mais on sait les difficultés que l'on rencontre dans une telle précision.

(1) *Bull. thérap.*, 1849, t. XIX, p. 136.

Des trois succès indiqués sans détails, deux sont à M. Bégin, le troisième à Lisfranc. Voici ce qu'ils ont écrit :

« Deux fois, dit M. Bégin (1), j'ai obtenu la guérison, et dans les deux cas il s'agissait d'abcès provenant de la carie de la colonne lombaire, venant faire saillie à la région crurale ; une gibbosité bien marquée sur un de ces malades ne permettait pas de douter de la lésion profonde des deux dernières vertèbres lombaires. »

Nous avons montré, se contente de dire Lisfranc (2), à notre clinique de l'année dernière, un homme dont les fistules ne se sont fermées qu'au bout d'un an. »

Les dix-neuf observations restant sont empruntées : trois à Larrey, une à M. Bensse, une à Rust, une à Alliot (de Montigny), une au professeur Lallemand, une à Rafaels Torns, trois à M. Jul. Guérin, une à M. Boinet, deux à M. Abeille, une à M. Robert, une à M. Foucault (de Nanterre), une à M. Guersant, les deux dernières sont de nous. Elles figureront toutes dans ce travail à l'occasion des méthodes de traitement.

Nos deux relevés fournissent un total de 32 guérisons. Sur ce chiffre nous comptons deux récidives : l'une après quinze mois chez le malade de M. Guersant, l'autre après trois ans chez un des deux nôtres.

Essayons de tirer quelques données générales sur le lieu où a fusé l'abcès, sur l'âge des individus, la durée du temps nécessaire à la guérison, les difformités consécutives de la colonne vertébrale, etc....

Sur vingt-trois cas où la place occupée par l'abcès est indiquée, huit fois la collection purulente a fusé dans toute la longueur du psoas (obs. de Bensse, Alliot, Guersant, Rafaels Torns, Bégin, Lisfranc, Hourmann, Robert) ; une fois elle est

(1) *Loc. cit.*, t. I, p. 418.
(2) *Méd. opér.*, t. I, p. 101.

sortie par l'échancrure sciatique; douze fois elle siégeait dans les régions dorso-lombaires (Larrey, Foucault, Abeille, Costes, Boinet); une fois au cou et au dos (obs. de Rust); une fois au périnée (Lallemand). Dans les autres, le siége n'est pas indiqué. De nos deux guérisons l'une se rapporte au siége dorso-lombaire; dans la seconde la sortie du pus a lieu par l'échancrure sciatique.

Il n'y a donc pas de différence très marquée pour les guérisons au point de vue de la région occupée par l'abcès (1).

Dans vingt-cinq observations l'âge est indiqué : quatorze fois la guérison s'est effectuée chez des malades ayant dépassé l'âge de vingt ans (Larrey, Lisfranc, Nélaton, Rust, Alliot, Lallemand, Foucault, Abeille, Robert), et onze fois chez des individus au-dessous de vingt ans (Coste, Bensse, Guersant, Abeille, Guérin, Boinet, Rafaels Torns et nos deux malades). Il n'y aurait pas ici de différence plus sensible que dans le cas précédent.

La colonne vertébrale a été frappée de gibbosité après la guérison, chez seize individus (obs. : une d'Abeille, deux de Larrey, une de Lisfranc, une de Coste, une de Dupuytren, une de Nélaton, une de Houzmann et deux de nous). Le malade de Rust eut une ankylose cervicale avec inclinaison de tête. Larrey signale une fois un pouce, une seconde fois un demi-pouce de raccourcissement de la taille, avec impossibilité de fléchir le tronc en avant et sur les côtés. L'enfant de M. Guersant ne conserva qu'une déviation habituelle du rachis.

Sur les autres cas restant, il n'est pas question de difformité vertébrale, et cependant on ne saurait nier absolument dans tous l'existence d'une lésion des vertèbres, puisque d'une part on a trouvé dans le pus des débris osseux, et de l'autre on sait

(1) Toutefois, si l'on retranchait les cas douteux d'Alliot, Raphael Torns, le fait incomplet de Lisfranc, on retrouverait une différence marquée entre les guérisons dorso-lombaires et celles relatives à des abcès ayant fusé à l'aine.

qu'une altération assez profonde de cette partie du squelette peut guérir sans laisser de marque extérieure, comme un tubercule enkysté par exemple.

Pour le temps nécessaire à la guérison nous trouvons un minimum de deux mois environ, et un maximum de deux ans au moins. En somme, sur seize cas, il a fallu deux fois, au moins deux ans (Larrey, Guersant); quatre fois, un an (Rust, Bensse, Lisfranc, un de nos malades); quatre fois, huit mois (Larrey, Robert, un de nos malades); trois fois, six mois (Boinet, Foucault, Lallemand); dans les trois derniers, près de trois mois.

Il serait important de connaître à quelle lésion vertébrale on avait affaire, aux tubercules, à l'arthrite ou à l'ostéite. L'état de la science ne permet pas cette précision. On aurait pu tirer, dans cette direction, quelques renseignements plus ou moins exacts, en faisant une statistique des causes sous l'influence desquelles la maladie s'est développée.

Malheureusement la plupart de nos observations sont muettes sur ce point. Toutefois nous dirons que, si le plus grand nombre des malades portent en eux des causes diathésiques, tels que le tempérament lymphatique, les scrofules, la masturbation, etc., plusieurs ne doivent leur maladie qu'à l'action du froid, de l'humidité ou à des chutes faites d'un lieu assez élevé. Ne peut-on pas admettre, dans le premier cas, plutôt une lésion tuberculeuse, et dans le second, l'arthrite ou l'ostéite vertébrale.

De cette revue, nous concluons que, tout en étant très grave, le pronostic n'est pas absolument mortel ; mais de cette conclusion au pronostic émis dernièrement par M. Jules Guérin, il y a loin. Il n'est pas hors de propos de rappeler ses propres paroles (1) : « Le danger de la pénétration de l'air dans les

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1855, p. 199.

abcès par congestion est si grand, qu'à l'heure qu'il est on ne pourrait citer un seul cas *de guérison authentique*, survenue à la suite de l'ouverture chirurgicale de ces collections. Les seuls cas de guérison connus se rapportent à des ouvertures spontanées dans lesquelles l'issue du pus s'est faite à travers un trajet sinueux, par une ouverture extérieure très distante de la collection purulente. Or, en imitant et en généralisant le procédé de la nature, la méthode sous-cutanée est parvenue à arracher à la mort un bon nombre de victimes qui y étaient vouées. Aujourd'hui les cas de guérison authentique ne manquent plus. Ceux qui ont été relatés dans le rapport de la commission des hôpitaux suffisent pour donner droit de cité à ceux qu'on avait refusé d'admettre, sous le prétexte qu'ils étaient impossibles. *Je puis dire aujourd'hui que la guérison des abcès par congestion est la règle, et la mort l'exception.* »

Nous ne voulons pas amoindrir, sans doute, les bons effets de la méthode sous-cutanée ; mais, pour diminuer ces prétentions exagérées à l'endroit des abcès par congestion, dus à des lésions du rachis, nous ajouterons qu'elle est loin d'avoir la plus grande part dans les succès que nous avons signalés plus haut.

Des causes de la mortalité dans les abcès par congestion liés au mal vertébral.

La solution de cette question est absolument du ressort de l'anatomie pathologique. Les documents que nous possédons sur ce point sont peu nombreux, et dans ceux qui existent on a plutôt pour but de décrire les désordres produits par l'altération de la tige vertébrale, ou les fusées de l'abcès, que de signaler les lésions des viscères importants à la vie.

Nous avons cependant ramassé quarante-quatre cas de mort, suivis d'autopsie assez complète : trente-deux sont extraits des

mémoires de M. Nichet (1); la plupart des autres viennent de nos recherches personnelles.

Chez ces quarante-quatre individus la mort peut assez bien être imputée : quatorze fois à des tubercules pulmonaires suppurés ; seize fois à un état de marasme très avancé, mais sans tubercules dans les poumons. Cinq fois on a trouvé une infiltration considérable des membres inférieurs liée à une oblitération des veines iliaques, avec eschares gangréneuses; quatre fois il y avait des lésions douteuses de résorption purulente et putride, comme collection purulente dans les plèvres, abcès métastatique du poumon (obs. de Ledran) (2); deux fois une arachnitis; une fois je n'ai trouvé qu'une grande quantité de liquide séreux dans les ventricules cérébraux et les espaces sous-arachnoïdiens (voy. notre obs. VII) ; deux fois le pus s'était fait jour dans le canal médullaire; une fois il y eut un noma compliqué de pneumonie double.

Ce relevé prouve que, si dans un bon nombre de cas la mort est due à l'affection tuberculeuse, dans d'autres elle est le fait de suppurations longtemps prolongées, ou d'accidents plus ou moins liés à l'affection principale.

Si, du rôle de la maladie au point de vue de la mortalité, nous passons à celui que peuvent jouer les méthodes thérapeutiques, nous trouverons sans doute quelque résultat digne d'intérêt.

Il va sans dire que nous tiendrons compte seulement des procédés locaux, comme de l'ouverture des abcès par incision, ponction, injection, etc.; et pour rester dans les limites du probable, il est prudent, je pense, de n'imputer au traitement que les morts arrivées dans les premiers vingt jours de son emploi.

(1) *Gaz. méd. de Paris*, *loc. cit.*, 1835-1840.
(2) *Loc. cit.*, t. II.

Nous avons pu réunir vingt-huit cas de mort, où cette date est précisée. Sur ce total, dix comptent pour les vingt premiers jours. Les autres se répartissent sur des époques plns ou moins éloignées. Donc le traitement local des abcès semblerait hâter la mort dans près du tiers des cas. Ce serait là un triste résultat. Mais hâtons-nous d'ajouter que ce chiffre trop faible ne doit pas être absolument accepté comme l'expression exacte de la vérité, et qu'une seule méthode en revendique pour elle une bonne part.

Frappés de la gravité des accidents qui suivent assez souvent l'ouverture des vastes dépôts, les chirurgiens ont cherché à en déterminer la cause.

Ledran (1) fit intervenir le reflux des matières purulentes, qui se ferait sur le poumon et le foie, par suite du dessèchement des parois de l'abcès à l'air libre. Il est évident qu'il entend parler de la résorption purulente, telle que nous la comprenons aujourd'hui. Il cite une autopsie : malgré ce fait probant on trouve trop d'exceptions.

Une deuxième opinion, généralement en vogue depuis les travaux de l'Académie de chirurgie (2), attribue ce rôle à l'air atmosphérique, qui altérerait la composition normale du pus, en donnant lieu à une véritable décomposition putride, dont les produits absorbés nuiraient à l'organisme.

M. Péchinot de l'Orme (3) et plus tard Lisfranc (4) ont rapporté la cause de ces accidents à l'inflammation violente de la poche qui provoquerait la viciation purulente.

Les études cliniques fournissent des arguments à l'une et à l'autre manière de voir, puisque la viciation purulente suit ou précède l'inflammation de la poche.

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 123 et 131.

(2) Mémoire de M. de Grashuis, *Prix de l'Acad. de chirurg.*, t. II, p. 228.

(3) Thèse de Paris, *Essai sur les abcès par congestion*, 1818.

(4) *Loc. cit.*, t. I, p. 414.

Quant à l'opinion de M. Jules Cloquet (1), qui explique la décomposition putride par la différence de pression à laquelle le pus est soumis dans la cavité de l'abcès, la clinique et l'expérience ne lui sont pas favorables.

Diagnostic des abcès par congestion provenant du mal vertébral.

Ce serait sans intérêt pour notre sujet, si nous abordions l'étude générale du diagnostic différentiel des abcès par congestion symptomatiques d'une lésion de la colonne vertébrale, avec toutes les tumeurs qui offrent avec eux quelque analogie symptomatique.

Pour nous, il suffit de savoir si certains abcès ne peuvent pas simuler ceux dépendant d'une lésion vertébrale au point de prendre l'un pour l'autre, *et vice versâ*. Rien n'est plus facile que cette erreur, dont n'ont pu se dispenser les plus grands chirurgiens de notre époque; et, s'il le fallait, nous citerions bon nombre d'exemples bien connus. De telles méprises sont d'une haute importance, lorsqu'il s'agit de discuter la valeur comparative des divers traitements, puisqu'elles peuvent introduire dans le problème des documents erronés.

La science fourmille d'abcès idiopathiques du psoas que l'on peut confondre avec les fusées purulentes de la même région, dont la source siége au rachis. On consultera avec fruit les observations du docteur Kyll (2), celle de Christ Pfeufer (3), de Laurence (4). Le 5 janvier dernier nous avons été témoin nous-même d'une telle méprise. Mais le fait le plus curieux, sans doute, est celui de M. le docteur Robert. Comme il nous inté-

(1) *Revue médicale*, 1827, t. III, p. 521, discussions académiques.

(2) *Arch. gén. de méd.*, 1834, t. VI, p. 99.

(3) *Gaz. méd. de Paris*, 1834, p. 329.

(4) *Gaz. méd. de Paris*, 1842, p. 117.

resse à plus d'un titre, nous le relaterons plus loin (1), me contentant ici dedonner les réflexions de l'auteur (2).

« Ici, dit ce chirurgien, les quatre phénomènes capitaux, qui servent le plus ordinairement à établir l'existence de ces sortes de collections, se trouvaient réunis :

» *a*. Une douleur persistante spontanée ou provoquée en un point déterminé du rachis ;

» *b*. La déformation de la tige osseuse ;

» *c*. Les symptômes du côté de la moelle ;

» *d*. Enfin la présence de l'abcès lui-même. »

Eh bien, malgré cette symptomatologie complète, à l'autopsie on ne trouva aucune altération osseuse.

On a signalé également comme susceptible de simuler une altération du rachis, les fontes de masses tuberculeuses, situées dans l'abdomen, la poitrine, au voisinage du rachis. On peut consulter, à cet égard, un mémoire de M. Alquié (3). Enfin les abcès froids en général offrent, avec le sujet en question, de vives ressemblances.

La symptomatologie ne saurait nous garder de l'erreur : trouvons-nous quelques données plus sûres dans les rehcerches modernes de chimie ou de microscopie?

Darcet (4) est le seul qui, à ma connaissance, ait dit que le pus franchement phlegmoneux ne renfermait que 1/300 de matières terreuses, tandis que celui émané des os n'en contenait pas moins de 1/100 à 1/70. Je ne sais si ces recherches ont été répétées, mais, sans se tromper, on peut dire qu'elles n'ont pas passé dans le domaine de la pratique.

MM. Chassaignac et Follin, se basant sur des recherches mi-

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1853, p. 201.

(2) Voyez la quatrième page de la feuille 29.

(3) *Bull. thérap.* t. XI, p. 227 et suiv.

(4) *Journ. de chirurg.*, 1843.

croscopiques, regardent comme marque d'altération des os la production dans le pus de globules huileux. Ce caractère, qui peut avoir une certaine valeur dans les suppurations récentes, devient bien douteux dans les abcès de longue durée, où la transformation graisseuse des éléments est si commune.

Nous nous sommes aussi longuement occupé de ce genre de recherches, mais après quelques espérances, nous sommes resté convaincu que, jusqu'à ce jour, le microscope est impuissant à montrer des différences constantes entre le pus amassé des parties molles et celui des os.

Dans cette revue rapide et nécessaire, en précisant le sens du mot abcès par congestion, nous nous sommes mis en garde contre toute fausse interprétation; en rappelant la nature des lésions qui peuvent atteindre la colonne vertébrale, nous avons essayé de montrer l'intérêt de cette question en signalant les *desiderata* de la science; en groupant les cas de guérison, nous nous sommes préparé par des corollaires des armes de valeur pour la suite de ce travail; enfin, en parlant du diagnostic, nous avons fait ressortir par des exemples la nécessité d'une prudente réserve dans l'interprétation des succès.

Après avoir, pour ainsi dire, préparé notre terrain, il nous est possible d'aborder nettement la deuxième partie de notre mémoire.

DEUXIÈME PARTIE.

Exposé des diverses méthodes de traitement.

Dans l'exposé des diverses méthodes de traitement, on ne pourrait pas suivre un ordre chronologique sans courir le risque inévitable de réunir ce qui doit être séparé, et réciproquement. Il nous a paru plus convenable et plus philosophique de prendre pour base d'une classification l'idée mère qui a pré-

sidé à l'emploi de tel ou tel mode thérapeutique. N'avons-nous pas vu en effet que les dangers des abcès par congestion dépendent non-seulement de leur cause productrice, mais encore d'accidents liés aux vastes collections purulentes. Ces diverses faces de la question sont devenues tour à tour le point de mire des chirurgiens, qui ont dès lors mesuré leur conduite sur l'importance du danger.

Pris de ce point de vue général, tous les modes de traitement viennent se ranger dans les quatre catégories suivantes :

La première et la plus vieille en date a pour point de départ avant tout l'extraction du pus, liquide dont l'action serait nuisible à l'organisme.

La seconde, tout en acceptant l'idée de la première, est dominée par le fait du danger inhérent à l'introduction de l'air dans la cavité purulente, aussi épuise-t-elle toutes ses ressources à prévenir le fâcheux résultat.

Dans la troisième, on fait la part des vérités exprimées dans les deux premières, mais on signale bien vite l'impuissance des moyens proposés par les défenseurs de l'action de l'air sur le pus, puisque tôt ou tard on aboutit à cette triste terminaison. Trop sûr de ce côté, on s'adresse alors à des modificateurs propres à détruire les effets d'une action que l'on ne saurait éviter.

Enfin, la quatrième rallie tous les chirurgiens qui, convaincus de l'insuffisance des moyens proposés, confiant d'ailleurs dans les ressources de la nature, et persuadés qu'avant tout il faut s'adresser à la source du mal, jugent convenable d'abandonner les abcès par congestion à leur marche fatale, en limitant leur thérapeutique à l'affection de la colonne vertébrale. On voit que cette classification ne touche qu'au traitement local des abcès par congestion. Pour le traitement général, tous les chirur-

giens le résument dans l'emploi à l'intérieur des préparations iodées, ferrugineuses, de l'huile de foie de morue, des toniques, etc., soutenue par tous les soins d'une hygiène bien entendue.

Méthode de traitement ayant pour point de départ l'extraction du pus.

Ce mode de traitement consiste à ouvrir largement le foyer purulent à l'aide des caustiques, ou en faisant avec un bistouri une ou plusieurs incisions. Comme on a pour but de fournir au pus une voie facile et large, il suffit de placer les ouvertures dans les points les plus déclives. Il serait superflu d'entrer dans de plus grands détails sur le *modus faciendi*.

Avant de parler du sort passé et présent de cette méthode, prouvons par une citation que son intromission dans la pratique repose sur l'action présumée du pus sur l'organisme. Toute la doctrine de l'antiquité à cet égard est résumée dans cette phrase du mémoire de David (1) : « Le pus rassemblé dans un foyer et formant abcès, est un corps étranger dont la présence ne peut qu'être pernicieuse ; c'est pourquoi il faut, autant qu'il est possible, lui procurer une prompte sortie par les moyens propres à remplir cette indication. » Ainsi ouvrir le foyer dès que la fluctuation est évidente, telle fut la doctrine suivie jusque vers la fin du XVIIIe siècle : voyez Ambroise Paré (2), qui s'appuie sur Hippocrate, Guy de Chaulieu, Tagault, etc.... Dionis (3), Mauquest de La Motte (4), Ledran (5), Médalon (6), Lecat (7),

(1) *Prix de l'Acad. de chirurg.*, t. IV, 1re partie, p. 126, édit. de 1819.
(2) *Œuvres d'Ambroise Paré*, trad. de Malgaigne, t. I, p. 333.
(3) *Des opérations de chirurgie*, p. 692.
(4) *Traité compl. de chirurg.*, t. I, 3e édit.
(5) *Loc. cit.*, *Obs. chirurg.*, t. II.
(6) *Prix de l'Acad. de chirurgie*, t. I, *passim*.
(7) *Id.*

David (1), Sabatier (2) même, qui, dans les premiers temps de sa pratique, suivit cette méthode. La plupart des auteurs que nous venons de citer ouvraient les abcès avant leur parfaite maturité, lorsqu'ils étaient voisins de quelques grandes cavités splanchniques ou de quelques jointures importantes. Quant à l'ouverture tardive, elle n'était conseillée que dans les abcès par congestion, c'est-à-dire dans ceux qui, selon les anciens, se forment lentement, renferment des humeurs froides, s'accompagnent de nodosités difficiles à résoudre. Or, si j'en juge par certains passages des livres du temps, la plus grande partie, sinon la totalité des abcès par congestion, tels que nous les entendons aujourd'hui, ne figureraient point dans cette classe. Ainsi, Mauquest de La Motte veut absolument que l'on ouvre largement les collections purulentes coïncidant avec des caries osseuses.

Ledran, plus lucide que tous ses prédécesseurs sur ce point, ne laisse pas le moindre doute à cet égard (3). « Dans ceux qui, suivant le terme des anciens, se font par congestion, la fermentation des liqueurs arrêtées étant très lente, il reste pour l'ordinaire des duretés qui ne se fondent pas facilement; on les sent à la circonférence de l'endroit où la fluctuation est sensible sous le doigt ; il ne faut pas se presser d'ouvrir ces abcès, parce que le pus qui est enfermé fond plus facilement ces duretés que tous nos digestifs ne pourraient le faire après l'ouverture. » Voilà le passage qui a induit Lisfranc en erreur (4), lorsqu'il cite Ledran comme partisan des ouvertures tardives dans les abcès par congestion liés à une altération de la colonne vertébrale. En effet, nous avons vu que ce chirurgien a désigné ces amas puru-

(1) *Prix de l'Académie de chir.*, t. IV, 1re partie.
(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 240.
(3) *Opérat. de chir.*, un seul volume, p. 21.
(4) *Loc. cit.*, t. I, p. 415.

lents sous le nom de *collections ;* et, à ce propos, loin d'en retarder l'ouverture, voici ce qu'il conseille pour en hâter le terme (1) : « Cependant pour arriver à la guérison, s'il était possible, je fis appliquer sur la tumeur (abcès des lombes lié à une carie vertébrale) une traînée de pierre à cautères *pour émincer les téguments* qui avaient deux travers de doigt d'épaisseur, et j'en fis faire l'ouverture quatre heures après. Le malade mourut en quelques jours. » Eh bien, malgré cet insuccès, et d'autres qu'il ne nous laisse pas ignorer, il ne songe même pas à modifier sa thérapeutique. Nous avions bien raison de dire en commençant qu'avant tout il fallait savoir la signification des mots employés.

Les doctrines de l'Académie de chirurgie prévalant dans l'exercice de l'art, les nombreux insuccès de l'ouverture des abcès par congestion firent abandonner cette méthode sur la fin du XVIIIe siècle et au commencement de celui-ci. Elle compta cependant encore quelques rares défenseurs qui, comme Benjamin Bell, expliquaient ainsi leurs insuccès :

« On a prétendu qu'il était inutile de tenter la guérison d'abcès aussi profondément situés (abcès lombaires), et que, loin de procurer aucun avantage en les ouvrant, on pouvait beaucoup aggraver le mal en donnant accès à l'air : ce raisonnement ne me paraît pas fondé sur l'observation. Convaincu qu'un des grands principes de chirurgie est d'ouvrir sur-le-champ tout abcès situé près de l'une des grandes cavités, dès que le pus est évidemment formé, j'ai toujours donné jour à la matière contenue dans les abcès lombaires, sans aucune conséquence fâcheuse, et quand on ne le fait pas, il peut en résulter beaucoup de mal. L'ouverture des cadavres, après la mort, prouve que ces abcès ne peuvent subsister longtemps sans affecter les parties molles qui recouvrent les vertèbres des lombes et même la

(1) *Loc. cit., Obs. de chirurg.*, t. II, p. 127.

substance de ces vertèbres. On a trouvé quelquefois ces dernières cariées et même en partie dissoutes dans la matière des abcès. Il est probable que l'on pourrait prévenir ces accidents en vidant le sac de bonne heure, et de plus empêcher que l'abcès ne s'ouvre dans la cavité de l'abdomen, ce qui est arrivé différentes fois au grand désavantage des malades qui courent un extrême danger ; toutefois on évitera, autant que possible, que l'air pénètre dans la cavité de l'abcès, lorsqu'on fera l'ouverture ; on pourra se servir avantageusement du trocart. En comprimant le pus et le faisant descendre dans la partie la plus déclive de l'abcès, on tend la peau suffisamment pour y introduire le trocart. J'en ai fait une fois l'essai avec le plus grand succès, et, pour donner un libre écoulement au pus, j'introduisis dans l'ouverture une petite canule que le malade garda plusieurs mois... Si le diagnostic offrait quelque incertitude, on pourrait se servir du bistouri et inciser couche par couche. Si, lorsque la matière a coulé quelque temps, la quantité n'en est pas considérablement diminuée au bout de deux ou trois mois, il peut être utile d'injecter avec une seringue une faible dissolution de sucre de Saturne, de l'eau de chaux ou quelques autres astringents (1). »

Malgré l'autorité de ces voix isolées, l'ouverture large des abcès par congestion liés à une altération de la colonne vertébrale fut bannie de la pratique chirurgicale, en France du moins, jusqu'en 1834, époque à laquelle Lisfranc (2) reprôna la vieille méthode en lui donnant un cachet de nouveauté qui, pour son auteur, en fit le caractère spécial. Comme, sous ce point de vue, elle s'éloigne de la simple incision, nous en reparlerons à l'occasion de la troisième classe des moyens théra-

(1) *Cours complet de chirurg.*, traduction de Bosquillon sur la 4e et dernière édition. Paris, 1796, t. V, p. 243. *Abcès lombaires.*

(2) *Gazette médicale de Paris*, 1834, t. 564.

peutiques. Toutefois l'appel de Lisfranc provoqua de nouvelles expériences d'après les anciens rhythmes. Il en résulta quelques succès plus ou moins complets, qui gagnèrent à sa cause de rares défenseurs.

M. Bégin (1), un des premiers inscrits, disait déjà en 1838 : « Combattre la lésion locale et génératrice de l'abcès à l'aide de moyens convenables, et spécialement du moxa, *en même temps ouvrir largement celui-ci*, telles semblent être les deux principales indications à remplir; et puisqu'il faut toujours que l'air entre dans le foyer et l'enflamme, mieux vaut que cette action ait lieu alors que le malade conserve encore presque toutes ses forces, que quand il sera affaibli par plusieurs ponctions, chaque fois suivies du renouvellement de l'exhalation purulente. »

M. Bensse, dans un article du *Bulletin médical de Bordeaux*, analysé par la *Gazette médicale de Paris* (2), se déclare partisan de la même méthode.

Dans ces dernières années, M. le docteur Payan, d'Aix (3), dans un mémoire sur le traitement des abcès par congestion, s'exprime ainsi : « Bien plus avantageuse est à nos yeux l'évacuation de l'abcès par une large incision opérée en temps convenable; et par là nous entendons une ouverture qui permette la libre sortie du pus. Il est bien vrai, sans doute, qu'en la pratiquant on expose tout l'intérieur de l'abcès à l'accès de l'air, mais, comme par là on évite le séjour du pus dans le foyer et la formation des clapiers purulents consécutifs, on se met à l'abri de cette fermentation putride que nous avons signalée, et qui est la cause première de ces graves désordres qui ne manquent pas de survenir lorsqu'on se contente de la ponction ; » et page 338 il

(1) *Elém. de chirurg.*, t. I, p. 100, 2e édit.
(2) Année 1836, p. 732.
(3) *Revue méd. franç. et étrang.*, Juillet 1847, t. VIII, p. 139.

ajoute : « Ponction que l'on doit à tout jamais bannir du traitement de ces deux abcès. »

Tout en récusant les ouvertures larges, comme traitement général, quelques chirurgiens n'en ont pas repoussé l'emploi dans les abcès peu étendus et voisins des os (MM. Denonvilliers, Gosselin (1) et Blancho (2). Nous les avons employées nous-même et vu employer.

Résultats obtenus.

Nous avons dit que Ledran, usant de cette méthode, faisait cependant un mauvais pronostic de ces collections; Bazille (3) déclare que les malades périssent dès qu'on ouvre largement ces vastes dépôts.

« Sur six fois que j'ai, depuis trois ans, écrit M. Bégin (4), suivi cette méthode nouvelle, j'ai deux fois obtenu la guérison, et dans les deux cas il s'agissait d'abcès provenant de la carie de la colonne vertébrale venant faire saillie à la région crurale; une gibbosité bien marquée, sur un des malades, ne permettait pas de douter de la lésion profonde des deux dernières vertèbres lombaires. »

On conçoit, d'après ce qui précède, que, si l'on voulait, pour connaître la valeur de cette méthode, se borner à des citations, on alignerait une série plus ou moins étendue d'opinions contradictoires. Afin d'obtenir des idées plus précises, j'ai dressé une statistique de tous les faits que j'ai tirés des autres ou de mon expérience. Ils sont au nombre de trente-deux.

Les six cas de M. Bégin sont seulement indiqués; les autres sont plus ou moins détaillés : quatre sont extraits du mé-

(1) *Compend. de chirurg.*, t. II, p. 749.
(2) *Gaz. méd. espag.*, article analysé par la *Gaz. hebdom.*, p. 372.
(3) *Loc. cit.*, p. 449.
(4) *Loc. cit.*, t. I, p. 101.

moire de Bazile (1), trois de Ledran (2), trois de M. Nichet (3), trois de M. Payan, d'Aix (4), un de M. Suctzemberger (5), un de M. Laugier (6), un du journal de Hufland (7), un de M. Maureyt (8), un de M. Bensse (9), un de Rust (10), un de Lallemand (11), un de Laurence (12); les cinq derniers se sont passés sous nos yeux.

Sur ces trente-deux malades, nous trouvons six guérisons: deux à M. Bégin, une à M. Bensse, une à Rust, une à Lallemand, une à M. Payan (cette dernière ne figure pas dans le relevé général des guérisons citées plus haut).

Ces abcès guéris siégeaient trois fois au-dessous de l'arcade crurale (cas très graves de M. Bégin, Bensse), une fois au périnée (Lallemand); une fois au dos et au cou (Rust), enfin au dos (Payan). Trois fois la lésion osseuse est signalée dans la région lombaire (Bégin, Lallemand), deux fois dans les vertèbres dorsales, une fois dans les vertèbres cervicales (Rust.)

Deux malades étaient âgés de treize ans (Bensse, Payan), un de trente-cinq ans (Rust), le quatrième de vingt-cinq ans (Lallemand). M. Bégin ne dit rien de l'âge de ces deux malades.

Le temps nécessaire à la guérison fut de quinze mois chez le malade de M. Bensse, un an pour celui de Rust, huit mois pour celui de Lallemand, sept mois pour celui de M. Payan. M. Bégin ne l'indique pas.

(1) *Loc. cit.*, p. 444 et suivantes.
(2) *Loc. cit.*, p. 126, 117, 110.
(3) *Gaz. méd.*, 1840, p. 405, 408, 502.
(4) *Loc. cit.*, p. 320, 324, 331.
(5) *Loc. cit.*, p. 168.
(6) *Gaz. des hôpit.*, 20 janvier 1855.
(7) *Arch. gén. de méd.*, 1837, t. VII, p. 237.
(8) *Gaz. méd. de Paris*, 1837, p. 495.
(9) Voy. obs. 1.
(10) Voy. obs. 2.
(11) Voy. obs. 3.
(12) *Gaz. méd. de Paris*, 1842, p. 117.

Par ce relevé nous ne voulons pas prouver que l'on guérit six malades sur trente-deux, ce serait exagéré; mais nous en concluons que par cette méthode on obtient des guérisons à tout âge, même dans les cas les plus graves, puisqu'une seule fois l'altération osseuse peut être regardée comme légère chez le malade de M. Payan.

Les observations de Bensse, Rust, Lallemand sont rapportées assez au long à la fin de notre travail *sous les nos* 1, 2, 3. Des vingt-six cas restants, vingt-trois se sont terminés par la mort, deux ont été perdus de vue, un seul est en traitement.

Donnons sommairement d'abord la plupart des cas mortels.

OBSERVATION DE BAZILE (A).

Homme de quarante ans; chute sur les pieds d'assez haut; au bout de cinq mois tumeur fluctuante au-dessous de l'arcade crurale; ouverture de l'abcès un mois après; écoulement de pus sans odeur; quelques jours plus tard puanteur excessive de ce liquide; mort le neuvième jour. A l'autopsie on trouve la carie de la dernière vertèbre lombaire et du sacrum.

OBSERVATION (B).

Une femme après ses couches saute par accident plusieurs marches d'escalier; trois mois après vaste dépôt à la partie postérieure de la fesse; ouverture suivie d'un écoulement de pus sans odeur; putridité de ce liquide quelques jours après; morte le huitième jonr.

Autopsie. — Carie du sacrum et de la dernière vertèbre lombaire.

OBSERVATION (C).

Homme de quarante-deux ans, très vigoureux, saute de 8 pieds de haut; six mois après abcès sous l'arcade crurale; ouverture un mois après; puanteur du pus quelques jours après l'incision; mort en très peu de temps; carie du sacrum et de deux vertèbres lombaires.

OBSERVATION (D).

Garçon de vingt-deux ans, chute sur les fesses de dessus un toit; deux mois et demi environ abcès sous l'arcade crurale; ouverture de ce foyer; mort rapide; carie des vertèbes lombaires.

OBSERVATION DE HUFLAND.

Un mousquetaire A., trois semaines après un saut; un abcès sur le ligament de Fallope; ouverture suivie d'un pus inodore; état satisfaisant du malade, lorsque tout à coup, au sortir d'un sommeil calme, il éprouve des mouvements convulsifs et meurt. Carie des vertèbres lombaires; pus dans le canal vertical.

OBSERVATION QUI NOUS EST PERSONNELLE.

Un jeune homme de vingt-cinq ans, marié, poussé avec force tombe sur les fesses; un mois après, abcès sous le grand fessier gauche précédé de douleur lombaire; quinze jours plus tard, vaste quantité de pus rendue par les selles; trois semaines ensuite nouvel abcès lombaire; puis enfin un dernier au niveau de l'épine antéro-supérieure de l'os des iles; incision de ces diverses poches; signes peu marqués de putridité du pus: mort trois mois et demie après l'ouverture du premier abcès. A l'autopsie rien dans les organes splanchniques, carie des deux dernières vertèbres lombaires; marasme; œdème très prononcé des membres inférieurs.

OBSERVATION DE MAURYET.

Un soldat âgé de vingt-quatre ans, de forte constitution, entre à l'hôpital le 3 juin 1837, portant un abcès situé sur la masse musculaire sacro-spinale gauche. Ouverture large avec le bistouri. Écoulement d'un pus homogène, inodore; rien de particulier dans les premiers jours, lorsque le 16 juin il survient des symptômes généraux graves avec fétidité du pus; mort dans la nuit du 24 au 25, vingt et un jours après l'ouverture de l'abcès.

Autopsie. — Rien dans ses viscères; carie superficielle du sacrum et de la dernière vertèbre lombaire; destruction complète du cartilage sacro-vertébral.

OBSERVATION DE M. LAUGIER.

Homme faible et délicat, portant un abcès lombaire depuis plusieurs mois, sans déformation vertébrale. Cette collection restée longtemps stationnaire prend tout à coup les caractères d'un abcès chaud; ouverture large suivie d'un écoulement purulent, dont le malade se trouve bien; quelque temps après, mort. Deux corps de vertèbres lombaires sont cariés ainsi que leurs lames.

OBSERVATION DE LEDRAN (A).

Jeune homme, âgé de dix-huit ans, voit quatre mois après quelques douleurs dorsales paraître un abcès à la région lombaire droite; ouverture deux mois et demi après son apparition; les quinze premiers jours sont bons; il survient ensuite des

phénomènes graves avec un nouvel abcès ouvert par incision ; le danger augmente, il meurt vingt-cinq à trente jours après la première incision,

Autopsie. — Carie des os des iles et des dernières vertèbres lombaires.

OBSERVATION (B).

Un enfant porte un abcès lombaire gauche datant de cinq semaines, bien que malade depuis trois ans ; large incision en croix avec résection des quatre angles ; mort onze jours après.

Autopsie. — Carie du corps de la dernière vertèbre dorsale et des apophyses transverses des trois lombaires supérieures.

OBSERVATION (C).

Un homme, âgé de vingt-sept ans, porte un abcès lombaire ; incision après l'application de la pâte à cautère le 11 janvier 1827. Écoulement d'un pus infect ; symptômes graves ; mort le 2 avril deux mois et demi après l'ouverture d'un abcès.

Autopsie. — Carie du corps et apophyses transverses des deux dernières vertèbres dorsales.

OBSERVATION DE M. PAYAN, D'AIX (A).

Homme de trente-cinq ans, grand, mais lymphatique, maladif depuis quatre ans, est atteint d'un abcès par congestion énorme ancien, situé à l'aine droite ; légère voussure dorso-lombaire ; ouverture le 29 décembre 1837. Écoulement énorme de pus ; aucun signe de putridité ultérieurement. Vingt-cinq jours après, poche réduite à l'état de fistule. La santé générale s'améliore. Cependant dans le courant d'août, il survient de la fièvre, un engorgement du membre abdominal, une ascite et le malade succombe le 30 août, huit mois après l'ouverture de l'abcès ; il n'y a pas eu d'autopsie.

OBSERVATION (B).

Un homme robuste de vingt-neuf ans, adonné à la masturbation, après avoir éprouvé les accidents d'une maladie de Pott, eut un abcès par congestion à la région inguinale gauche. Ouverture deux mois et demi après son apparition ; le malade est soulagé, se lève sans éprouver de fièvre, des signes de putrescence du pus. La santé s'améliorait, lorsqu'un nouvel abcès se manifeste au côté opposé six semaines après l'ouverture du premier abcès. On le laisse au gré du malade s'ouvrir spontanément, ce qui arrive trois semaines après son apparition. Aucun phénomène de putridité. Il existe deux fistules de deux pouces d'ouverture chaque, une à l'aine droite, l'autre à l'aine gauche. Ces deux fistules laissent écouler la suppuration ; le malade s'épuise ; œdème des jambes ; la mort survient neuf mois et dix jours

après l'ouverture du premier abcès, et près de six mois après l'ouverture du second *Pas d'autopsie.*

OBSERVATION DE NICHET (A).

Un jeune homme de vingt-cinq ans eut un abcès à l'aine gauche après des douleurs lombaires pendant cinq ans; il garda longtemps l'abcès, puis il fut ouvert; une fistule se forma et dura les six derniers mois de sa vie.

Autopsie. — Dixième et onzième vertèbre dorsale cariée, vaste abcès en rapport avec la fistule.

OBSERVATION (B).

Fille de vingt-cinq ans, de belle constitution, a éprouvé des douleurs rhumatismales par suite d'exposition au froid et à l'humidité. Au bout de deux ans, un abcès parut à la partie postérieure et supérieure de la cuisse. On l'ouvre largement, et il se convertit en fistule qui donne passage à un pus abondant et fétide. Elle meurt trois mois après l'ouverture de l'abcès.

Autopsie. — Petites cavités purulentes sur le corps des deux premières vertèbres lombaires cariées, etc.

OBSERVATION (C).

Un homme âgé de vingt-trois ans, de bonne constitution, après des douleurs cervicales, est assujetti à un abcès dans cette région; ouverture; trajet fistuleux depuis trois mois, lorsqu'un jour en se mettant au lit le malade succombe.

Autopsie. — Carie de l'articulation occipito-atloïdienne.

OBSERVATION DE LAURENCE.

Un homme atteint d'un abcès à l'aine entre à l'Hôtel-Dieu. On l'ouvre le 2 mai, et le 27 il succombe.

Sur ces vingt-trois cas mortels, quinze fois l'époque est précisée à partir du jour de l'ouverture de l'abcès; deux fois on l'indique à peu près; six fois il n'en est pas question.

Nous trouvons que la mort est arrivée trois fois du huitième au onzième jour (Bazile, Ledran); trois fois du vingtième au trentième (Mauryet, Ledran, Laurence). Dans trois observations, on dit seulement que le terme fatal suivit de près l'ouverture des collections purulentes (Laugier, Bazile). Dans tous ces faits on signale la putrescence du pus.

Des trajets fistuleux ont succédé aux incisions sans signe de putridité du pus dans dix cas (Payan, Nichet, Ledran, Scutzemberger, Hufland, et nos deux observations) (1).

Les morts ont eu lieu quatre fois du sixième au neuvième mois (Payan, Nichet; voy. notre observation n° IV); trois fois après trois mois (Nichet, et dans notre observation); une fois au bout de deux mois et demi (Ledran).

Donc le traitement semble avoir hâté neuf fois le terme fatal, puisqu'il a suivi de près l'ouverture de la collection purulente. Ce serait une supposition bien hasardée si l'on voulait lui attribuer une part quelconque dans les autres cas de mort, d'autant plus que dans l'observation de Hufland et dans une de celles de M. Nichet (C), elle a été la conséquence inévitable de la marche de l'affection vertébrale.

Une autre particularité, que l'on voudra bien ne pas perdre de vue, c'est que la putridité du pus et les phénomènes généraux ordinaires ne suivent pas fatalement l'ouverture de ces sortes de collections. Nos propres observations, celles de M. Payan, ne laissent pas de doute à cet égard.

Le siége des abcès se trouvait six fois dans les régions lombaires (Mauryet, Laugier, Ledran, notre obs. n° IV); neuf fois dans le voisinage de l'aine (Bazile, Hufland, Payan, Nichet, Laurence); deux fois sous les fessiers (Bazile, l'une de nos observations); deux fois à la région cervicale (Scutzemberger, Nichet).

Dans quinze cas, l'âge des individus était de vingt-deux à soixante ans, et dans trois, au-dessous de vingt ans.

Sauf deux ou trois exceptions, il n'est pas question de gibbosité vertébrale.

Une dernière remarque, qui ne manque pas d'un certain intérêt, c'est que, dans six de nos observations terminées par la

(1) L'une d'elles figure à la fin du travail, sous le n° IV.

mort, où la cause de la maladie est indiquée, celle-ci se rattache à des chutes sur les fesses, les pieds, faites de lieu assez élevé. Dans tous les cas, la mort a été très rapide. Si de la nature de la cause nous nous élevons à celle de la maladie des vertèbres, on est tenté d'admettre plutôt l'existence de l'ostéite ou de l'arthrite vertébrale, que celle du tubercule. Rien ne rappelle chez les individus une constitution diathésique; ils étaient tous bien portants avant l'accident.

On serait donc conduit à penser que, dans cette sorte de lésion primitive, causale de l'abcès par congestion, il y aurait un immense danger à pratiquer des ouvertures sur les foyers purulents.

A propos d'arthrite vertébrale, je signalerai l'autopsie de l'observation de M. Mauryet, comme ayant une certaine valeur pour prouver l'inflammation et la destruction complète des disques intervertébraux, sans altération bien marquée du tissu osseux des vertèbres correspondantes. L'auteur dit très nettement que le fibro-cartilage sacro-vertébral était détruit en totalité, alors qu'il existait des traces legères d'une carie superficielle du sacrum et de la dernière vertèbre lombaire. Il est à regretter que l'on ne trouve pas sur ce point des détails plus minutieusement circonstanciés.

De tout ce qui précède, nous concluons que, malgré de nombreuses victimes, des guérisons ont lieu, pendant le traitement, par ouvertures larges des abcès par congestions symptomatiques d'une lésion de la colonne vertébrale, et l'on ne saurait méconnaître que, dans un certain nombre de cas, l'évacuation du pus a soulagé de suite les malades.

Quant aux trois malades dont il nous reste à parler, deux, avons-nous dit, ont été perdus de vue, lorsque les abcès ouverts étaient convertis en fistule depuis deux mois; l'un était un homme de quarante-cinq ans, porteur d'un abcès lombaire

sans gibbosité; l'autre, un enfant de quatorze ans, atteint de gibbosité dorsale et de collection purulente dans la même région. Chez le premier, la fistule rendait peu, tandis que chez le second la suppuration était très abondante. Les suites de l'incision avaient été à peu près nulles chez tous les deux.

Notre dernier malade, en traitement aujourd'hui, est une jeune fille de quinze ans, pâle, d'une constitution médiocre. Elle porte une gibbosité dorso-lombaire avec abcès à l'aine gauche et à la fesse du même côté.

De ces deux abcès, l'un a été ouvert le 27 mars dernier; le second, quelques jours plus tard, il s'est écoulé un pus blanc, lié et inodore. Jusqu'au 9 avril, il n'y a rien eu. Depuis cette époque, la suppuration, qui est très abondante, est fétide. Cependant le pus est blanc et louable.

Il n'y a pas de symptômes généraux graves, et aujourd'hui 8 mai, époque à laquelle nous écrivons ces notes, il y a peu de changement dans son état.

Méthode de traitement ayant pour but d'empêcher l'entrée de l'air dans la poche purulente.

En posant comme une vérité dans la science les dangers liés à l'introduction de l'air dans les cavités purulentes, l'Académie de chirurgie préparait à la pratique la solution de ce problème : Trouver un moyen propre à vider les abcès sans pénétration de l'air dans le foyer.

Une foule de procédés plus ou moins ingénieux ont été inventés, mais le petit nombre est resté en usage.

Une ponction très étroite faite sur les parois mêmes de la collection parut, dès le principe, réunir des avantages suffisants. En effet, son peu d'étendue, tout en laissant un écoulement facile à la suppuration, assurait une cicatrisation rapide.

Les succès ne répondant point à l'attente, on s'en prit à l'instrument.

Aussi les uns préfèrent le trocart ordinaire (Bazile (1), Benjamin, Bell (2), etc.); les autres l'accusant de tracer une plaie, dont la forme est peu favorable à la réunion, préconisèrent l'usage de la lancette. Ce fut l'instrument favori d'Abernethy (3) en Angleterre, de Percy et Desault (4) en France. On alla même jusqu'à conseiller des instruments chauffés à blanc, de façon à fermer le conduit par le gonflement consécutif et rapide des bords de la surface de section.

Rappelons aussi l'usage du séton, si vanté en Angleterre depuis James Raë d'Édimbourg. Robert Thomas (5) le conseille dans les abcès symptomatiques d'une lésion vertébrale. A ce sujet, je dirai que Benjamin Bell n'en parle pas à l'occasion des abcès lombaires; il ne le vante que dans les vastes collections purulentes superficielles, ainsi qu'on le lit dans son *Traité des ulcères* (6). Nous avons vu que, sous le nom d'abcès lombaires, il entendait ceux symptomatiques d'une lésion vertébrale. On ne pourrait expliquer ceci par un changement d'opinion de l'auteur, puisque la traduction de l'ouvrage de chirurgie, où il traite des abcès lombaires, est postérieure de huit ans à celle du *Traité des ulcères*.

Quoi qu'il en soit, l'usage du séton devait s'opposer aussi à l'entrée de l'air, en ne permettant qu'une filtration lente du contenu de la poche, suivie du retrait progressif de ses parois

Tous ces moyens ont dû donner quelques succès plus ou

(1) *Loc. cit.*, p. 449.

(2) *Loc. cit.*, t. V, p. 243.

(3) *Dictionnaire de Samuel Cooper*, art. LOMBAIRE.

(4) *Essai sur l'ouverture des grands dépôts*, Thèse de Paris, 1818. Souchotte.

(5) *Biblioth. Britan.*, t. XX, p. 137.

(6) *Traité des ulcères*, traduct. de 1788, p. 83. C'est dans ce livre que Benjamin Bell nomme James Raë comme auteur de l'usage du séton.

moins complets aux chirurgiens qui en firent l'essai. Mais trop souvent on fut convaincu de leur insuffisance, même pour obtenir le premier résultat demandé, la non-pénétration de l'air dans le foyer.

Tous ces procédés décrits sous le nom collectif de *ponction directe* furent généralement oubliés depuis Boyer, qui donna le premier un mode d'ouverture réellement propre à prévenir l'entrée de l'air dans les cavités purulentes.

Depuis le chirurgien de la Charité, on a produit, dans le même but quelques procédés légèrement différents; mais, comme ils ont le même point de départ, on les décrit sous le nom de *ponction sous-cutanée*.

Voici le procédé de Boyer tel qu'il nous l'a transmis :

« On plonge très obliquement dans la partie la plus déclive de la tumeur la lame d'un bistouri très étroit, qu'on enfonce jusque dans le foyer; lorsqu'on a fait sortir par cette ouverture la quantité de pus que l'on juge convenable, on en rapproche les bords et on les maintient réunis au moyen d'emplâtres agglutinatifs. Cinq, six ou huit jours après, mais toujours avant que la tumeur ait repris le volume qu'elle avait avant la première ponction, on en fait une seconde de la même manière, et, avec la même précaution, on modère l'écoulement du pus à volonté, on donne aux parois le temps de revenir sur elles-mêmes, on prévient ainsi l'accès de l'air (1). »

Ce procédé a été différemment exécuté par M. Alliot de Montagny, qui le décrit ainsi (2) : « On pratique, à deux pouces et demi en dehors de la tumeur, une incision longitudinale, où la seule épaisseur de la peau est traversée ; une sonde d'assez médiocre calibre est alors dirigée au milieu du tissu cellulaire sous-cutané jusqu'au foyer; tandis que le liquide coule, la main

(1) *Traité des mal. chirurg.*, t. I, p. 545, 5e édit.
(2) *Gaz. méd. de Paris*, 1834, p. 348.

abaisse et refoule légèrement les téguments, continuellement appliqués sur la masse décroissante du liquide, ne permettant aucun vide; puis on retire la sonde, et les parties qu'elle a momentanément soulevées, referment derrière son extrémité engagée la voie par laquelle elle a été introduite. » Le plus grand nombre des chirurgiens de l'époque se contentent de faire un pli cutané à la base de la tumeur, de traverser sur lui la peau, et de gagner ainsi les parois de l'abcès. Abandonnés à eux-mêmes, les téguments glissent, et, reprenant leur position première, ils couvrent l'incision des parties profondes.

Ponction avec aspiration.

Dans le but d'éviter plus sûrement encore l'entrée de l'air au moment où le pus cesse de couler, on a combiné la ponction avec l'aspiration : d'abord la ponction directe, puis la ponction sous-cutanée.

L'aspiration avec la ponction directe date de la fin du siècle précédent : elle aurait été mise en usage pour la première fois par Antoine Petit de Lyon (1). Son procédé consistait à plonger dans l'abcès une aiguille très étroite et tranchante (aiguille à cataracte), chauffée à blanc, puis à vider la totalité du foyer à l'aide d'une ventouse placée sur l'ouverture.

Hardmann (2), au lieu d'une ventouse, a proposé un instrument propre à faire le vide.

Dans ces derniers temps, M. Montain a inventé le *pneumoderme* (3), instrument qui se compose (A) d'un cylindre creux, dont l'extrémité inférieure est terminée par un siphon évasé en

(1) *Journ. de la Société de santé de Lyon*, 1798.—Article reproduit dans la thèse de M. Souchotte. Paris, 1803.

(2) *Medical and physical Journ.*, mai.

(3) *Bull. thérap.*, t. XI, p. 311.

entonnoir et formant la bouche aspirante de l'instrument; (B) d'un piston, dont la tige offre à sa partie inférieure et dans son centre, un trou à pas de vis pour recevoir l'extrémité d'une lance, qui, piquante ou incisive suivant les cas, doit traverser le siphon et faire saillie à volonté par la bouche aspirante; (C) d'une soupape d'évacuation pour permettre de suivre à volonté l'opération.

M. Pelletan a fourni, vers l'année 1830, un instrument à l'aide duquel on peut aspirer le pus par le canal du trocart.

Tous ces procédés sont tombés en désuétude, ou même n'ont pas été mis en usage. Le seul réellement entré dans la pratique est de M. Jules Guérin (1). Les instruments nécessaires sont : un long trocart plat et large, muni d'un robinet; une seringue qui peut se visser sur l'extrémité libre de la canule du trocart lorsque la pointe a été retirée. Quand on veut s'en servir, on fait un pli à la peau, que l'on perce à la base avec le trocart, puis on le fait glisser obliquement sous la peau dans une étendue de plusieurs centimètres; on traverse ensuite les parties les plus profondes, et on arrive dans le foyer.

La pointe est lentement retirée, jusqu'à ce qu'on aperçoive une marque indiquant que le robinet est dégagé. On ferme alors ce dernier, on achève de retirer la pointe et on visse la seringue avec laquelle l'aspiration est faite, pendant qu'un aide exerce une légère pression sur le foyer. On ferme le robinet dès que la seringue est pleine, on dévisse cette dernière, et on la vide pour la replacer ensuite et faire une nouvelle aspiration.

M. Charrière a fait subir à ces instruments une modification

(1) On s'est servi à peu près exclusivement pour l'empyème des trocarts de M. Bouvier et Récamier, de la sonde à aspiration de Stanski, du trocart de M. Reybard de Lyon, muni d'une peau de baudruche ou d'une simple vessie de porc mouillée, comme l'a conseillé dans ces derniers temps M. Raciboski (*Bull. thérap.*, 1849, t. XXXVII, p. 501). Tous les instruments ci-dessus sont reproduits avec dessins dans la thèse de M. Sédillot, sur l'opération de l'empyème. Paris, 1841.

qui permet de ne pas dévisser la seringue chaque fois qu'elle a été remplie. Elle consiste à visser au corps de pompe un robinet à double effet, qui, lorsqu'il est ouvert, permet le passage du pus dans la seringue, sans laisser pénétrer l'air par l'ouverture latérale, et qui, lorsqu'il est fermé, laisse sortir le pus au dehors, en empêchant sa rentrée dans le foyer.

Telle est la description de ce procédé, que j'emprunte à un excellent ouvrage moderne, le *Compendium de chirurgie* (1).

Il me reste, pour parfaire la liste des moyens proposés dans le but d'éviter l'introduction de l'air, à indiquer l'ouverture des abcès sous l'eau, que M. Pétrequin de Lyon (2) rapporte à Benjamin Bell; le vésicatoire de M. Martin de Bruxelles (3), appliqué sur l'abcès même, puis la compression afin de favoriser l'exhalation du pus à travers la peau amincie; l'extirpation du kyste tentée, dit-on, par M. Seutin (4); enfin, les injections permanentes d'eau pure ou chargée de principes médicamenteux du docteur Récamier (5).

Malheureusement, tout ce luxe d'étalage annonce la misère dans les résultats. Aussi, sans redire la difficulté d'exécution des uns, ou bien l'impossibilité d'utiliser les autres, il suffit de savoir que la ponction sous-cutanée de Boyer, et la ponction sous-cutanée avec aspiration de M. Jules Guérin ont gagné la grande majorité des suffrages (6).

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 749.

(2) *Compte rendu de la clin. chirurg. de Lyon*, 1850, p. 29. Je n'ai pu vérifier dans B .Bell l'opinion du chirurgien lyonnais.

(3) *Journ. de méd. Belg.*, année 1843.

(4) *Gaz. méd. de Paris*, 1841, p. 237.

(5) Thèse de M. Merle. Paris, 1846. *Maladie de Pott.*

(6) Voyez Bérard et Roux (*loc. cit.*, p. 69), Roche et Sanson (*loc. cit.*, t. II, p. 89). — Nélaton (t. II, p. 95). — Sabatier (*loc. cit.*, t. II, p. 444), etc.

Résultats.

A en juger par l'ancienneté de la plupart des procédés généralement usités, par la fréquence de la maladie à laquelle on les applique, on s'attend à trouver une foule d'observations semées dans les archives de la science. Il n'en est rien. Tous les auteurs se bornent généralement à traduire leur pensée sur de simples souvenirs. Aussi, pour réunir un certain nombre de faits, j'ai vainement, outre nos traités classiques, parcouru la plupart de nos collections périodiques, à dater du commencement de ce siècle, les catalogues des thèses des facultés de médecine de Paris, Montpellier et Strasbourg, des journaux allemands dont les comptes rendus embrassent toutes les publications du globe, tels que le *Canstatt's Jahresbericht über die Fortschritte*, etc., le *Grævell Notizen*, depuis 1846 à 1855; et le *Neue med. chirug. Zeitung*, pendant le même laps de temps.

Voici, en somme, à quoi mes recherches ont abouti sur la ponction sous-cutanée avec ou sans aspiration.

Boyer, jugeant sa propre méthode, s'exprime ainsi (1) : « Cette méthode n'empêche pas la mort des malades; elle en éloigne le moment. » Et, pour preuve, il cite quatre observations terminées par la mort. Nous en donnerons un extrait un peu plus loin.

Sabatier (2), qui a suivi le procédé de Boyer, écrit ces lignes : « Tantôt il m'a réussi, tantôt les malades ont succombé. Cette diversité dérive de celle que présentent les abcès de cette espèce. Quand les sujets sont jeunes et vigoureux, et que les os n'ont pas souffert d'altération, ils guérissent. Dans le cas contraire, l'événement est funeste.» Il ne relate aucun fait. En tout

(1) *Loc. cit.*, t. I, p. 555.
(2) *Loc. cit.*, t. I, p. 444.

cas, on voit que Sabatier partage la manière de voir de Boyer.

M. Payan d'Aix (1) affirme qu'il a toujours vu les phénomènes fâcheux signalés par les auteurs se produire à la suite d'un traitement par les ponctions ; il rapporte une observation.

M. Bonnet de Lyon (2) se contente de dire que le procédé de Boyer expose plus que les autres à l'établissement d'une fistule précoce.

Je n'ai trouvé que trois cas de guérison : un de M. Alliot (3) de Montagny, un second de M. Robert (4), et le troisième de M. Guersant (5), qui fut suivi d'une récidive mortelle.

Observations de guérison.

OBSERVATION DE M. ALLIOT.

Un homme âgé de trente ans porte une tumeur dans l'aine gauche, considérée par Roux et Dupuytren comme un abcès symptomatique d'une lésion vertébrale ; on n'indique pas de difformité du rachis ; ponction faite d'après le procédé de l'auteur, et sans autre détail on lit : Le malade put bientôt vaquer à ses affaires.

OBSERVATION DE M. ROBERT.

Une femme âgée de trente ans, jouissant d'une bonne santé, vit paraître, six mois après le début de douleurs lombaires, une tumeur dans la région inguinale droite, qui acquit dans l'espace de dix-huit mois le volume de la tête d'un nouveau-né. Après une application de moxa au point douloureux de la colonne vertébrale, M. Robert fit une ponction le 30 mars 1850. Il s'écoula une grande quantité de pus ; le 6, le 11 et le 24 avril, nouvelles ponctions sous-cutanées ; il s'écoule du pus en moindre quantité ; toutes ces plaies se cicatrisent par première intention. Le 6 juillet il n'y avait plus de traces d'abcès ; on avait pratiqué trois autres ponctions dans le mois de mai ; toujours le pus a été inodore. On fit en tout sept ponctions,

(1) *Loc. cit.*, p. 315.
(2) *Maladies des articulations*, t. II.
(3) *Gaz. méd. de Paris*, 1834, p. 348.
(4) *Bull. thérap.*, 1850, t. XXXIX, p. 372.
(5) *Comp. de chirurg.*, t. II, p. 747.

La guérison eut lieu en trois mois. Elle se maintenait le 15 octobre, époque à laquelle on revit la malade.

OBSERVATION DE M. GUERSANT.

Jeune fille de seize ans et demi, atteinte d'abcès par congestion à la cuisse droite; traitée pendant vingt-cinq mois à l'hôpital des Enfants. Deux ponctions sous-cutanées ont été faites. Quarante cautères ont été appliqués sur les lombes; l'abcès ne s'était pas reproduit depuis quinze mois environ, la santé générale était bonne. La malade n'avait conservé qu'une déviation habituelle du rachis comme trace de cette affection, lorsqu'on vit apparaître à la même cuisse une nouvelle tumeur que nous reconnûmes pour un abcès par congestion, et qui finit par causer la mort.

Donnons sommairement les observations terminées par la mort.

OBSERVATION DE BOYER (1) *A*.

Un homme portait vers l'angle inférieur de l'omoplate gauche un abcès; ponction; la plaie devient fistuleuse; le pus fétide; marasme. Mort au bout de dix mois. A l'autopsie on trouve les trois premières vertèbres dorsales cariées.

OBSERVATION *B*.

X..., âgé de dix-huit ans, malade depuis huit mois; tumeur fluctuante à la partie latérale inférieure droite du ventre datant de quatre mois et demi; ponction le 5 août 1800; sortie d'une grande quantité de pus sans odeur. Le lendemain, la plaie est cicatrisée et la tumeur aussi grosse que la veille; nouvelle ponction; le pus a déjà une mauvaise odeur; la seconde ouverture reste fistuleuse. Mort le 2 novembre, trois mois après la première ponction. A l'autopsie, carie des vertèbres lombaires et du sacrum.

OBSERVATION *C*.

Un tailleur âgé de trente ans, de bonne constitution, commença à souffrir depuis le mois de juin 1801; vers le milieu de février 1802, c'est-à-dire huit mois après l'invasion des douleurs il se forme une tumeur à l'aine droite. Le 14 mai, ponction, sortie d'un pus inodore; la plaie reste fistuleuse; odeur fétide du pus; affaiblissement progressif du malade; il meurt le 12 août, trois mois après la première ponction.

Autopsie. — Carie des vertèbres lombaires.

(1) *Loc. cit.*, p. 555 et suiv., t. I.

OBSERVATION *D*.

Jeune homme de dix-neuf ans. Onanisme, apparition d'une tumeur à l'aine; ponction le 17 août 1804; sortie d'un pus inodore; la plaie est cicatrisée le 18; le 24, nouvelle ponction; elle est cicatrisée deux jours après; le 30, nouvelle ponction; le 4 octobre une des plaies s'ouvre spontanément et reste fistuleuse; putridité du pus; affaissement du malade. Mort le 18 février 1805, six mois après la première ponction.

OBSERVATIONS DE LASOURCE (1), ÉLÈVE DE BOYER.

(*A*)

Un jeune homme de dix-huit ans, livré à un onanisme répété, est atteint d'abcès à la partie supérieure de la cuisse avec déformation de la colonne vertébrale; ponction d'après le procédé de Boyer; deuxième ponction quelques jours après. Le malade quitte l'hôpital voué à une mort certaine.

(*B*)

Une femme porte depuis deux ans une tumeur à la jambe gauche communiquant avec un clapier purulent situé au niveau de l'os des iles du même côté; ponction d'après le procédé de Boyer; le lendemain, état variqueux de la peau, gangrène du tissu cellulaire en masse; elle succombe bientôt réduite au marasme. A l'autopsie, carie de l'os des iles et des vertèbres lombaires.

(*C*)

Un jeune homme lymphatique porte une tumeur à la partie externe et supérieure de la cuisse droite; ouverture; au bout de trois jours, nouvelle ponction; enfin trois autres ponctions à six jours d'intervalle. Après la quatrième ponction, gonflement des parois de la poche; fistule persistante. Le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION DE M. NICHET (2).

Un jeune homme de vingt ans porte une tumeur fluctuante au-dessus du ligament de Fallope gauche; ponction suivie d'écoulement du pus; cicatrisation de l'ouverture; nouvelle ponction quelques jours après. En trois jours le malade est emporté par un érysipèle phlegmoneux développé sur les parois de l'abcès.

(1) *Journ. de méd. de Corvisart*, t. XVII, p. 260, année 1809.
(2) *Gaz. méd. de Paris*, 1835, p. 533.

OBSERVATION DE M. PAYAN D'AIX (1).

Un homme de la campagne portait une tumeur inguinale fluctuante ; on la ponctionne d'après le procédé de Boyer, le 20 décembre 1843, puis deux autres fois à dix jours d'intervalle. Dès la deuxième ponction, le pus est devenu fétide ; des symptômes alarmants se déclarent, et le malade meurt un mois environ après la première ponction. A l'autopsie, on constate une carie de la dernière vertèbre dorsale, sans gibbosité.

En parlant du procédé de Petit (de Lyon), Souchotte (2) est obligé d'avouer qu'il ne peut guérir radicalement les dépôts froids qui reposent sur un organe altéré ou sur un os malade.

M. Jules Guérin rend compte ainsi de ses succès dans une analyse du rapport des traitements orthopédiques, publié en 1848 (3).

« Sur six abcès par congestion, trois ont été complétement guéris, deux longtemps améliorés, et le sixième malade est mort pendant le traitement, des suites de l'ouverture spontanée de l'abcès. La commission s'est assurée de la persistance des résultats obtenus chez le premier, dix mois après la disparition de l'abcès ; chez le second, sept mois ; chez le troisième, six mois, et chez tous elle a constaté concurremment le retour à la santé. »

En parlant des observations contenues dans le rapport de M. Jules Guérin, les auteurs du *Compendium de chirurgie* disent que, sur six malades, il y eut trois morts, deux guérisons, et le sixième fut perdu de vue lorsque les fistules donnaient encore. Je n'ai pu moi-même vérifier la cause de ces deux interprétations différentes, puisque le rapport de la commission des hôpitaux n'a pu tomber entre mes mains.

Des chirurgiens qui ont mis en usage le procédé de M. Gué-

(1) *Loc. cit.*, p. 315.
(2) *Loc. cit.*, p. 21.
(3) *Gaz. méd. de Paris*, 1835, p. 533.

rin n'ont pas été aussi heureux. Ainsi M. Fleury (de Clermont) compte trois insuccès sur trois malades (1).

« Pour nous, écrivent les auteurs du *Compendium de chirurgie* (2), nous avons eu l'occasion de voir plusieurs malades adultes auxquels des abcès par congestion avaient été vidés par la ponction sous-cutanée et l'aspiration, et les résultats dont nous avons été témoins ont été les mêmes que ceux qu'on obtient par les autres procédés. A la troisième ou quatrième ponction, l'ouverture est restée fistuleuse, ou bien une des cicatrices s'est ouverte pour ne plus se cicatriser : les malades se sont affaiblis et ont succombé au bout de quelques mois. »

Pour notre compte, avouons que sur deux fois où nous avons employé la ponction et l'aspiration, nos deux malades ont succombé, l'un au bout de deux mois, et l'autre de quatre mois. Dans un cas, la première ponction resta fistuleuse.

Si nous embrassons maintenant d'une manière générale les résultats de la méthode des ponctions sous-cutanées, seules ou combinées à l'inspiration, je trouve six malades guéris, mais en y mettant toute la bonne volonté possible.

Sur ces six cas, on compte une récidive après quinze mois. Une des guérisons de M. Jules Guérin est contestée dans le *Compendium*. L'observation de M. Alliot laisse à l'esprit bien des doutes sur l'existence de la lésion vertébrale.

Quant à celle de M. Robert, il serait très difficile de prouver l'existence ou l'absence de la lésion osseuse du rachis.

Après tout, à quoi bon épiloguer sur la valeur d'une observation? En la rejetant ou en l'admettant, on ne changerait rien au résultat définitif, et tout ce que l'on peut établir, c'est l'existence de quelques guérisons pendant l'emploi de ce mode thérapeutique.

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1850, p. 732.
(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 750.

Le temps nécessaire à la cure est indiqué dans les faits de MM. Guersant et Robert. Malgré la rareté de ces renseignements, ils instruisent la question sur ce point, puisque l'un fixe un minimum de trois mois, et l'autre un maximum de vingt-cinq.

La gibbosité existait chez les sujets de MM. Guersant et Guérin; il n'en est pas question chez ceux de MM. Alliot et Robert.

Deux fois on a traité des personnes au-dessus de vingt ans, et quatre fois des enfants.

Si nous passons en revue les observations terminées par la mort, un des points les plus intéressants, c'est l'époque de la mort à partir de la première ponction.

Bien que nos faits soient peu nombreux, cependant ils révèlent une circonstance bien digne d'attention à notre avis. En effet, deux fois l'issue funeste aurait suivi de près les ponctions. Ainsi, le malade de M. Nichet serait mort le troisième jour; celui de Lasource (obs. 6), peu de temps après la première ponction; celui de M. Payan, le trentième jour.

Quant à ceux de Boyer, deux ont succombé au troisième mois, un au sixième, enfin le quatrième au dixième mois.

Le but réel de la ponction sous-cutanée est de prévenir l'entrée de l'air dans le foyer purulent. Est-il réellement atteint, et dans quelles limites?

Sans doute, si nous prenons pour type l'observation de M. Robert, la méthode arrive à ses fins. En effet, sept ponctions successives sont faites à des intervalles plus ou moins éloignés; les plaies se cicatrisent toutes par première intention, et le pus reste inodore.

Mais ce résultat est bien loin d'être constant.

Dans les quatre observations de Boyer, je lis :

« La plaie de la première ponction reste fistuleuse (obs. *A*);

la plaie de la deuxième ponction, faite le lendemain de la première, reste fistuleuse (obs. *B*); la plaie de la première ponction reste fistuleuse (obs. *C*); enfin, dans l'observation *D*, une des cicatrices s'est ouverte un mois et demi après la première ponction. »

Dans un des faits que nous avons vus, la fistule a succédé à la première ponction.

Sauf une question de chiffre, on peut donc affirmer qu'à la suite des ponctions sous-cutanées, la fistule peut s'établir dès les premiers jours. Comment, avec cette condition, peut-on réaliser ce que l'on cherche, l'absence de la pénétration de l'air?

Le pus est devenu fétide dans deux cas (obs. *B* de Boyer et de Payan), malgré la cicatrisation immédiate des plaies.

Donc, la putridité du pus ne dépend pas toujours du contact réitéré de l'air atmosphérique.

Un inconvénient, inhérent à l'emploi de la ponction sous-cutanée, provient de l'introduction dans la canule du trocart de flocons fibrineux qui s'opposent à l'écoulement du pus. On y remédie parfois en repoussant le corps étranger à l'aide du stylet, ou en l'aspirant avec la seringue. Mais, dans quelques cas, ces flocons sont tellement considérables qu'ils ne peuvent sortir qu'après une large incision. Il nous est arrivé un exemple de cette nature. Il s'ensuit que les ponctions sous-cutanées ne sont pas applicables à tous les cas.

Je finirai ce qui a trait à cette méthode en rappelant un danger auquel elle peut donner lieu, et dont j'ai trouvé deux exemples.

Lisfranc, d'après M. Pechinot (1), aurait vu, à la suite d'une ponction sous-cutanée, le pus fuser dans le tissu cellulaire inter-

(1) Thèse citée, p. 36.

musculaire, et déterminer une inflammation très vive et très étendue, qui se termina par gangrène.

M. Robert, dans une observation que nous citons à la fin de ce travail, sous le n° IX, signale un accident semblable qui fut mortel dans trente-six heures.

Méthode ayant pour but de détruire les effets de l'air sur la poche ou son contenu.

Convaincus par l'expérience de l'impuissance des moyens proposés pour prévenir l'entrée de l'air dans les foyers purulents, au moins dans l'immense majorité des cas, quelques chirurgiens ont pensé à en neutraliser ses effets, en prenant pour point de départ la nature supposée de cette influence.

Deux interprétations se sont produites, entraînant à leur suite des médications différentes. L'une, dont Lisfranc est le principal représentant, rattache tous ses accidents à l'inflammation de la poche : il a fallu adopter une thérapeutique conforme à cette vue. L'autre, qui compte un plus grand nombre de défenseurs, attribue tout le cortége des symptômes à l'action de l'air sur le pus, dont la décomposition putride irriterait les parois de la poche tout en passant par voie d'absorption dans l'ensemble de l'organisme empoisonné à son tour. Passons en revue les modes thérapeutiques émanés de ces nouvelles sources.

Méthode de Lisfranc.

Reproduisons le texte de l'auteur (1) :

« J'avais vu succomber un très grand nombre de sujets à la suite de l'ouverture des abcès par congestion ; j'avais observé qu'au début de sa viciation, le pus est ordinairement de couleur jaunâtre, rougeâtre ; je savais que la peau recouvrant le foyer

(1) *Méd. opér.*, 1846, t. I, p. 414.

augmente de caloricité, que des pressions même légères occasionnent des douleurs; je pensai que l'inflammation pourrait être cause des accidents sérieux auxquels les malades étaient soumis. Je crus que peut-être en prévenant, ou bien en éteignant cette inflammation par des évacuations sanguines locales, je parviendrais soit à éviter, soit à dissiper les accidents trop fréquemment funestes. M. Baumès (de Lyon) a d'ailleurs prouvé dans son beau travail que les irritations et les phlegmasies commençantes du canal intestinal produisent le développement d'une très grande quantité de gaz exhalant une fort mauvaise odeur; la poche purulente en contient souvent. M. le docteur Gervais (de Caen) a vu l'application d'un moxa faite sur un abcès par congestion, déterminer une inflammation et la viciation du pus. Cet abcès était ouvert depuis deux mois et demi; un malade atteint de carie vertébrale le portait.

»Mais avant de me décider à ouvrir largement les abcès par congestion, à les vider complétement, à mettre un grand nombre de sangsues sur le foyer purulent, j'ai dû me livrer à des méditations profondes, parce que mes projets heurtaient singulièrement les idées généralement admises sur le point important de pathologie et de thérapeutique dont nous traitons. Afin de procéder logiquement, et de m'exposer, si j'échouais, aux moindres inconvénients possibles, je marchai du simple au composé, et je fis mes premières tentatives contre les larges abcès froids, qui ont tant d'analogie avec les symptomatiques, sous le rapport des accidents qui peuvent suivre leur ouverture. Les expériences réussirent.

» Depuis, nous ouvrîmes largement les foyers purulents, nous les vidâmes complétement. Nous fîmes appliquer des sangsues en plus ou moins grand nombre, suivant les indications et d'après le principe établi plus haut. Nous avons toujours, jusqu'à aujourd'hui, évité la viciation purulente. N'oublions pas de

recommander que, si le foyer purulent ne peut pas être complétement vidé, que si le malade est trop faible, que s'il porte quelque altération viscérale, notre méthode de traitement ne doit pas être mise en usage.

» Ce serait une grande erreur que de nous attribuer la prétention de vouloir guérir l'abcès par l'emploi des moyens dont nous nous occupons. Il est évident que notre but est seulement de débarrasser l'économie animale, avec le moins d'inconvénients possibles, de la collection purulente qu'elle renferme.»

Lisfranc expose ainsi les résultats de son traitement :

« On sait que notre méthode préservatrice de la viciation purulente a été employée à ma clinique de la Pitié sur un très grand nombre d'individus: les uns ont été radicalement guéris, lorsque, d'ailleurs, on a mis en usage les modes de traitement destinés à combattre les causes de la sécrétion purulente; les autres portent des fistules probablement incurables. Cependant leur santé s'est beaucoup améliorée; il en est même quelques-uns qui se sont livrés à leurs travaux ordinaires. On se rappelle que nous avons présenté à notre clinique un homme dont les fistules ont disparu un an après sa sortie de l'hôpital. Il est enfin des sujets qui ont succombé longtemps après l'application de notre méthode. Il en est qui sont morts au bout de deux ou trois mois; mais aucun n'a été affecté de viciation purulente. »

Si j'ai rapporté si longuement les paroles de ce chirurgien, c'est pour montrer d'abord que cet article est consacré aux abcès par congestion en général, et qu'il est difficile d'en tirer la part qui revient à ceux liés à une altération vertébrale.

Nous regrettons en second lieu que Lisfranc n'ait cité aucune observation, ni dans son ouvrage, ni dans les journaux de l'époque. Ce sont là des éléments nécessaires pour entraîner la conviction des autres.

Au surplus, sa manière de formuler ses résultats pourrait s'adapter à un traitement quelconque. Que signifie, en effet, cette phrase : « Aucun de nos malades n'a été atteint de viciation purulente? » On peut l'interpréter de bien des manières. Veut-il dire que la poche n'a pas été douloureuse, que le pus n'a pas éprouvé de décomposition putride, que les symptômes généraux ne se sont pas déclarés? Il me serait facile de prouver l'erreur même de telles interprétations, par deux faits incomplets, publiés à la suite d'une de ces leçons cliniques (1); malgré les sangsues à la suite de l'ouverture de la collection purulente, il y eut des symptômes locaux et généraux graves.

Quant aux guérisons, il s'agirait d'une question de chiffre pour décider la valeur de la méthode. Ce document manque absolument.

L'époque de la mort de ses malades ne saurait être jalousée par d'autres traitements.

Ainsi rien n'accuse ici de supériorité; et si j'en juge par un article postérieur à son livre, article publié dans le *Bulletin de thérapeutique* (2), et dont les éléments ont été puisés dans la clinique de Lisfranc; ce chirurgien, aux derniers temps de sa vie, aurait été sur le point de renoncer à sa thérapeutique. J'y lis en effet cette phrase très significative : « M. Lisfranc ne serait pas convaincu si une grande incision est préférable à une petite, ou même à l'ouverture spontanée. »

Personne, à ma connaissance, n'a jugé convenable de reproduire ses propres expériences faites d'après les vues du chirurgien de la Pitié. On peut donc considérer cette méthode comme abandonnée.

Afin de prévenir les effets désastreux de la putridité du pus, on a songé à l'emploi de liquides propres à la neutraliser ou à

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1834, p. 564.
(2) *Bullet. thérap.*, 1846, p. 135.

rendre les parois du foyer dans des conditions peu favorables à l'absorption des produits de la décomposition.

Disons d'abord que, de tout temps, on a employé dans ce but les injections émollientes, détersives, toniques, astringentes, etc. Benjamin Bell (1) prescrit les dissolutions faibles de sucre de Saturne, d'eau de chaux, et Récamier, comme je l'ai dit, aurait, depuis bien des années, conseillé les injections d'eau pure, ou chargée de substance médicamenteuse, de manière à remplir constamment le foyer, espérant par là prévenir la décomposition putride.

Suivant les préceptes de Lugol, certains chirurgiens auraient poussé depuis longtemps la solution iodurée dans les trajets fistuleux dépendants d'abcès par congestion liés à une maladie de la colonne vertébrale (2). Ce qui, pour le dire en passant, diminue sensiblement la valeur de la question de priorité soulevée naguère entre MM. Abeille et Boinet, au sujet des injections iodées.

Mais, il faut l'avouer, tous ces moyens n'avaient été conseillés qu'à titre d'adjuvants plus ou moins actifs, ainsi que les injections faites avec une solution de chlorure de chaux ou de soude (1 partie de chlorure pour 10 ou 20 parties d'eau), d'après M. Payan (3), ou de nitrate de plomb, vainement essayées par M. Robert (4).

M. Pétrequin (de Lyon) (5) a tenté d'élever au rang de méthode curative les injections faites avec une dissolution de potasse caustique (1 gram. de potasse pour 150 à 200 gram. d'eau).

(1) *Loc. cit.*, t. V, p. 243.

(2) Mém. de Payan, *Revue méd.*, 1847, p. 334, juillet. L'auteur déclare s'être servi de la solution de M. Lugol.

(3) *Revue méd.*, 1839, t. LXIII, p. 186 : *De l'emploi local des chlorures dans les suppurations fétides.*

(4) *Journ. médico-chirurg.*, 1846, p. 113, 1re partie.

(5) *Compte rendu de la clin. chirurg. de Lyon*, 1850, p. 30.

« Elles modifieraient le pus, dit cet auteur, qui se décompose, et la membrane pyogénique enflammée, dont l'absorption morbide introduit et charrie dans l'économie les matériaux de la fièvre infectieuse. »

Je n'ai pas à me prononcer sur la valeur de cette méthode, que l'auteur lui-même n'a pas essayée contre les abcès provenant de la colonne vertébrale altérée.

Aucune des méthodes de traitement n'a poussé plus loin ses prétentions que celle des injections iodées, dont M. Boinet (1) s'est montré un des champions les plus convaincus et les plus zélés. Non-seulement on prétend parer aux accidents liés à l'ouverture des vastes collections purulentes, suite d'altérations du rachis, mais encore guérir la lésion osseuse même. Comme les injections iodées ont eu du retentissement par la discussion soulevée, à l'occasion de leur emploi, au sein de la Société de chirurgie de Paris ; comme les débats n'ont pu fournir une solution définitive, vu l'absence de matériaux suffisants, il est nécessaire, je pense, de reproduire assez longuement toutes les pièces du débat, afin d'en apprécier la valeur, et de tirer des conclusions propres à soutenir des convictions ou à renverser des espérances.

Injections iodées.

Puisque M. Boinet est le principal représentant de la méthode iodée, appliquée aux abcès par congestion liés à une altération de la colonne vertébrale, présentons d'abord un exposé sommaire de son travail.

Après avoir rappelé brièvement le danger de cette maladie et la faiblesse de nos ressources thérapeutiques, M. Boinet s'exprime ainsi : « En méditant sur cette question, je crus m'aper-

(1) *Du traitement des abcès par congestion par les injections iodées* (*Mém. de la Soc. de chirurgie*, t. II, p. 454).

» cevoir que tous les accidents des abcès par congestion tenaient » surtout à l'absorption du pus ou de ses éléments, et non à » l'inflammation des parois du foyer, inflammation qu'il était » nécessaire de provoquer; que s'il en était ainsi, l'indication » était toute trouvée. En prévenant cette absorption et guérissant » la carie, et en mettant les parois du foyer dans des conditions » voulues par leur adhésion, on devait arrêter tous les accidents » et procurer une guérison radicale. Dirigé par des vues géné- » rales de physiologie appliquée à la pathologie, ayant bien » étudié l'action de la teinture d'iode sur nos tissus, je pensai » que l'on pourrait par ce moyen s'opposer à la viciation du pus » des abcès ouverts; ou même que, si le pus venait à être vicié, » on pourrait s'opposer à son absorption, et qu'on arriverait » ainsi à prévenir tous les accidents de résorption purulente. »

A la page 461, *loc. cit.*, abordant le traitement : « Il faut » ouvrir, continue M. Boinet, les abcès le plus tôt possible aussitôt » qu'on y sent de la fluctuation... Quant à la teinture d'iode à » injecter, elle varie suivant l'étendue du foyer, mais elle doit » être suffisante pour pouvoir pénétrer dans toutes les anfrac- » tuosités du foyer, les toucher, les imprégner pendant quatre » ou cinq minutes au moins, après quoi on laisse écouler la plus » grande partie... La composition de l'injection peut varier » aussi; on peut dire, d'une manière générale, que l'on doit » donner la préférence à la teinture d'iode mélangée de parties » égales d'eau, et qu'on doit y ajouter un peu d'iodure de po- » tassium. Après les deux ou trois premières injections, j'em- » ploie souvent la teinture d'iode pure. Je n'ai pas vu survenir » le plus petit accident, même dans de vastes foyers... Pour les » abcès fistuleux (p. 477), on pousse des injections dans les fis- » tules, en y faisant pénétrer l'injection au besoin avec une » sonde de gomme élastique.

» La guérison s'opère (p. 459) par une inflammation légère

» adhésive, qui sert de barrière à l'inflammation suppurative.»

L'auteur résume les avantages de son traitement dans ces conclusions : « La nouvelle méthode (p. 456) paraît avoir l'immense » mérite de prévenir tous les accidents que je viens de signaler, » en permettant de guérir, en même temps que le foyer, la carie, » cause première et principale de l'incurabilité des abcès par » congestion. »

Son avantage sur toutes les méthodes jusqu'à ce jour est : » *a*. de pouvoir porter le médicament jusque sur les os cariés; » *b*. de prévenir l'infection putride en s'opposant à l'absorption » des éléments du pus, qu'il soit vicié ou non. »

Comme avantage secondaire, « on peut (p. 640) se dispenser » de fermer l'ouverture de la ponction après une injection iodée; » l'introduction de l'air dans les cavités injectées ne paraît offrir » aucun inconvénient. »

Dans la discussion qui s'est élevée au sein de la Société de chirurgie, M. Boinet a ajouté : « Que sans avoir la prétention » de tout guérir, cette méthode, sans danger, adoucit les derniers » moments des malades. » (*Gaz. des hôpit.*, 1852, p. 211.)

Tout le travail est fondé sur cinq observations. Trois sont à l'auteur; les deux autres sont empruntées à M. Abeille. Deux des observations de M. Boinet ne se rapportent pas à des abcès par congestion liés à une carie vertébrale. Elles ne sauraient donc entrer en ligne de compte dans la solution de la question qui nous est posée en termes si précis.

Si, dans cet extrait sommaire du mémoire de M. Boinet, je n'ai pas suivi l'ordre même adopté par son auteur, j'ai fait ce changement pour avoir un enchaînement facile des idées qu'il renferme; car elles serviront de base à la discussion des avantages et des inconvénients de la méthode.

Résultats.

Nous avons trouvé dans les journaux vingt et une observations, y compris cinq qui nous appartiennent. Elles proviennent toutes de chirurgiens français. Le mutisme à cet égard des publications périodiques des autres pays laisse penser que cette médication n'y compte pas d'expériences authentiques.

Ces faits peuvent se diviser en trois séries : les succès, les insuccès et les faits incomplets. Ils sont dus aux médecins dont les noms suivent : une observation de M. Boinet (1); trois de M. Abeille (2); une de M. Houel (3); une de M. Bonnafond (4); une de M. Bocamy (5); deux de M. Foucault, de Nanterre (6); trois de M. Robert (7); une de M. Deguise (8); deux de M. Fleury, de Clermont (9); une de M. Nélaton (10); cinq nous sont personnelles.

Nous en donnons quatre *in extenso* à la fin de notre mémoire sous les n^os^ V, VI, VII, VIII. La cinquième figure à la p. 470. Les observations portant en titre *succès* sont au nombre de sept : une de M. Boinet, trois de M. Abeille, une de M. Foucault ; les deux autres sont de nous (voy. les numéros V et VI).

(1) *Loc. cit.*, p. 471.

(2) Mémoire de M. Boinet, p. 468, ou *Revue méd.*, 1849, p. 113. — *Moniteur des hôpitaux*, 1855, p. 375.

(3) *Gaz. des hôpit.*, 1852, p. 317 : *Compte rendu des travaux de la Soc. de méd. du 11e arrondissement.*

(4) *Gaz. méd. de Paris*, 1851, p. 619.

(5) *Gaz. des hôpit.*, 1850.

(6) *Union méd.*, 1853, p. 455.

(7) *Gaz. des hôpit.*, 1852, p. 211 et 257.

(8) *Gaz. des hôpit.*, 1852.

(9) *Gaz. méd. de Paris*, 1850, p. 732.

(10) *Journ. de méd. et de chirurg. prat.*, année 1853.

Extraits des observations de MM. Boinet, Abeille et Foucault.

OBSERVATION DE M. BOINET.

Un enfant âgé de neuf ans, d'une assez bonne santé, quoique scrofuleux, après une chute datant de deux mois, porte une gibbosité de la colonne vertébrale traitée par M. Martin dès le 1er mai 1849. Peu de temps se passa avant l'apparition d'un abcès par congestion, qui, au mois de novembre, s'étendit du dos à la partie interne de la cuisse, en passant sous les muscles fessiers.

Première ponction le 18 novembre 1849 : issue d'un litre et demi de pus clair et séreux ; injection iodée, 120 grammes. Pas d'accidents. Le 28 novembre, nouvelle ponction, nouvelle injection iodée : la tumeur était aussi pleine que la première fois ; le pus exhale une odeur fétide, malgré la cicatrisation du premier trajet. Signes d'inflammation de la poche qui ne durèrent que vingt-quatre heures. Troisième ponction faite avec la lancette le 14 décembre ; injection iodée. Le 22 décembre, quatrième ponction d'un abcès lombaire, pus fétide ; injection iodée qui ressort par l'ouverture de la cuisse. Le 30 décembre, nouvelle injection. Depuis la deuxième ponction l'abcès de la cuisse a diminué ; il en a été de même pour les autres. La santé générale s'est promptement améliorée, et en avril il n'y a plus qu'un suintement séreux, complétement terminé le 25 juillet. La gibbosité vertébrale au bas de la région dorsale persiste, mais elle est moins saillante.

OBSERVATION DE M. ABEILLE (*A*).

Jeune fille âgée de vingt et un ans, grande, issue de parents scrofuleux, a ressenti depuis dix ans des douleurs dans la région cervicale postérieure avec impossibilité des mouvements. Deux abcès se montrèrent l'un à la région lombaire gauche, l'autre à l'angle inférieur de l'omoplate du même côté. La santé générale a souffert. — Traitement : cautères à l'extérieur, iode à l'intérieur. Sous l'influence de cette médication, la santé s'améliora, les menstrues reparurent.

A cette époque, on fit la ponction sous-cutanée des abcès, d'abord de l'abcès lombaire, puis de l'abcès dorsal, suivie d'injections iodées. On fit successivement cinq ponctions ; la dernière devint fistuleuse, elle servit à pousser de l'iode à volonté. Du 22 au 23 juin la guérison est complète. Les mouvements du cou sont rétablis.

OBSERVATION (*B*) (1).

Enfant de neuf ans, atteint de carie vertébrale avec un vaste abcès par congestion. Cet enfant était réduit au marasme avec fièvre, et dans une position si grave,

(1) Cette observation très écourtée est ainsi rapportée par M. Boinet, qui l'attribue à M. Abeille : je n'ai su la trouver dans le mémoire indiqué (*Rev. méd.*, 1849, p. 113.)

que plusieurs chirurgiens qui l'avaient visité et donné des soins, avaient annoncé une terminaison prompte et fatale. Cinq injections iodées l'ont guéri dans l'espace de trois mois, et l'état général de sa santé s'est rapidement amélioré. La gibbosité qu'il porte a diminué et il a grandi de plusieurs centimètres.

OBSERVATION (C).

Un jeune garçon traité antérieurement par MM. Blache et Guersant, issu d'une mère saine et d'un père scrofuleux, après avoir marché à dix-huit mois, ne pouvait plus se tenir sur ses jambes à deux ans et demi. Le 15 avril 1854, jour où il nous fut présenté, il était maigre, avait une diarrhée abondante, tenace; les poumons étaient sains. Le ventre était proéminent, à la palpation on sentait un engorgement considérable dans les ganglions mésentériques. On percevait un semblable engorgement dans les ganglions du cou et du pliant de l'aine; il présentait une saillie anormale au niveau des quatre et cinquième vertèbres lombaires, et un peu au-dessous, à droite, une tumeur de la grosseur d'une orange, dans la profondeur de laquelle on percevait de la fluctuation. On avait affaire à un abcès par congestion lié à une carie vertébrale. Le traitement mis en usage par les premiers médecins consista dans l'emploi de l'huile de foie de morue et de deux cautères. M. Abeille prescrivit les dragées de protoiodure de fer de Gilles, la tisane de feuilles de noyer, le vin et les potages gras. Il s'attendait à ponctionner l'abcès et à injecter de l'iode, mais contre toute attente, sous l'influence de ce traitement, l'abcès diminua de volume, la diarrhée s'arrêta, l'appétit revint, etc., et le 17 juillet suivant le petit malade était complétement guéri (1).

OBSERVATION DE M. FOUCAULT.

Madame X..., âgée de trente-huit ans, habituellement bien portante, d'un tempérament nervoso-sanguin, bien menstruée, ressentit à son arrivée de Marseille à Oran (novembre 1852) une vive douleur vers l'angle inférieur de l'omoplate gauche, suivie au bout de quelques semaines d'une tumeur grosse comme une noix. Jusqu'au mois de janvier 1853 la tumeur crut considérablement, au point que vers la fin de janvier elle s'ouvrit spontanément sous l'influence d'un effort violent. Pendant trois mois écoulement d'un liquide purulent séreux; pendant ce temps la malade perdit son embonpoint et sa fraîcheur, elle eut des frissons nocturnes : on lui fit à cette époque une ou deux injections iodées sans succès.

En juillet, elle revint en France, très amaigrie, anémique, se confier aux soins de M. Foucault, qui put toucher avec un stylet profondément enfoncé un point osseux carié vers les apophyses transverses des vertèbres dorsales.

Le 7 juillet, à l'aide d'une sonde portée dans la plaie, on fit une injection iodée. On continua en augmentant les doses les 10, 21, 29 juillet et le 10 août; sous leur

(1) *Monit. des hôpit.*, 1855, p. 375.

influence, il y eut quelques douleurs locales liées à une légère inflammation que l'on combattit avec des émollients. A l'intérieur on donna les pilules d'iodure de fer, et l'iodure de potassium en solution. Les règles, qui avaient cessé depuis quelques mois, reparurent à la fin de juillet; la santé se rétablit, et le 15 septembre 1853 toute fistule avait disparu.

Examinons la valeur de ces guérisons.

Le malade de notre observation n° VI est pris de récidive trois ans après la cure. La carie osseuse a-t-elle été guérie la première fois? Un autre point s'est-il pris? La première altération s'est-elle seulement arrêtée pour renaître avec plus de vigueur? Ce sont des questions à poser sans espérer les résoudre. Il est donc impossible d'affirmer ici la disparition de la carie sous l'influence de l'iode, d'autant plus que deux injections iodées ont été seulement faites pendant les treize mois nécessaires à la guérison. Si donc le doute est permis dans ce cas, que devons-nous penser de l'action d'une seule injection iodée faite chez notre deuxième malade (obs. V), que nous trouvons guéri après un an. Il faudrait, je l'avoue, pour admettre une telle supposition, être bien crédule, ou reconnaître à l'iode des vertus d'une puissance absolument inconnue en thérapeutique.

Des cinq autres observations, deux ont trait à des altérations osseuses tellement peu graves, si elles existent, qu'on les aurait de tout temps laissées dans l'oubli, n'étaient les injections iodées.

Que soupçonnait M. Abeille chez la jeune fille de l'observation *A*, une carie très superficielle des apophyses épineuses des vertèbres cervicales. Or, la rapidité de la guérison effectuée en six semaines, le retour complet des mouvements de la région cervicale à la même époque, luttent même contre une telle supposition.

L'observation de M. Foucault n'est-elle pas du même genre que la précédente, au point de vue de la gravité. Il borne les limites du mal à une carie légère des apophyses transverses d'une vertèbre dorsale. Mais ce n'est pas tout : quatre injections iodées

ont-elles réellement guéri en deux mois une fistule datant de six? Une cure naturelle, spontanée, n'est-elle pas aussi probable sous l'influence du changement profond opéré dans les conditions hygiéniques de la malade, aidées de huit mois de durée totale de l'affection osseuse? cette explication ne trouve-t-elle pas une preuve de plus dans l'insuccès avoué des premières injections iodées?

Après tout, ces observations, qui prêtent si facilement le flanc à une critique un peu sérieuse, conservent une certaine apparence de vérité. En est-il seulement de même pour le troisième malade de M. Abeille? Quoi, peut-on raisonnablement attribuer aux pilules de protoiodure de fer la disparition spontanée de son abcès? Quel rapport trouve-t-on entre la cause et l'effet? N'a-t-on pas vu sans ces pilules des résorptions semblables se produire? Il suffit, pour se créer une conviction à cet égard, de relire les observations relatées plus haut (1). La disparition des abcès dans l'organisme est subordonnée à tant de circonstances inconnues, que l'on commettrait d'étranges méprises, si l'on se hâtait de conclure à l'existence d'une cause, alors qu'il ne s'agit que d'une simple coïncidence.

Quant à la deuxième observation de M. Abeille, j'ai dit que je ne l'avais pas trouvée dans le mémoire de cet auteur. Elle est citée par M. Boinet; mais elle manque trop de détails essentiels pour la soumettre à un examen de quelque valeur.

De ces sept malades guéris par l'iode, il ne reste plus que celui de M. Boinet, pour assurer le sort de la méthode dans les abcès par congestion provenant de lésion osseuse rachidienne.

On conviendra facilement avec moi que cette observation serait d'autant plus probante, qu'elle se rapporterait à ces abcès à long cours, dont les fusées longent les parois des cavités de l'abdomen. M. Boinet a-t-il traité un cas de cette espèce?

(1) Voyez, page 412 et suiv., les cas de résorption spontanée du pus.

Sans doute l'abcès était longuement étendu, puisqu'il partait de la région lombaire pour s'arrêter à la cuisse. Mais cette longueur n'a pas l'importance que l'on pourrait supposer à un premier examen. Comme le pus avait fusé en dehors du bassin en passant sous les muscles fessiers, on pouvait remonter vers la source et couper court au trajet des liquides purulents. La poche se trouvait ainsi réduite à sa portion lombaire en contact avec la lésion osseuse génératrice. Un malade de cette espèce est loin d'être exposé comme celui chez lequel les parties internes du bassin ont été disséquées, détruites par les fusées purulentes sans cesse en contact avec des organes importants.

On le voit, les guérisons que peut revendiquer aujourd'hui la méthode des injections iodées sont ou douteuses, ou s'adressent à des cas d'une gravité moins dangereuse. De tels succès, je le crains, mis en regard des nombreux revers qu'elles partagent avec tous les modes thérapeutiques, sont peu rassurants pour son avenir.

Pour compléter cette revue critique, ajoutons que la guérison s'effectua une fois en six semaines (obs. *A* de M. Abeille), une fois en deux mois (obs. de M. Foucault), deux fois en trois mois (obs. *B*, *C*, de M. Abeille), une fois en huit mois (Boinet), et une fois en treize mois chez un de nos deux malades ; la date du second n'est pas précise.

Cinq des malades avaient moins de vingt ans (Boinet, Abeille, nos deux enfants); les deux autres avaient dépassé cet âge. Sur les cinq jeunes enfants on a constaté une gibbosité vertébrale.

Insuccès.

Ils sont au nombre de huit. Les deux qui nous reviennent sont les observations n°s VII et VIII.

Exposons sommairement les observations des autres.

OBSERVATION DE M. FOUCAULT.

Sur une jeune fille de dix-huit ans, portant un abcès par congestion dû à une carie lombaire, et ouvert depuis plusieurs mois à la partie supérieure de la cuisse droite, ce médecin pratiqua des injections de teinture d'iode. On avait soin de les pousser à plus de 30 centimètres de haut à l'aide d'une sonde fine. Malgré ce traitement, la fille succomba à un mal de Pott, qui durait depuis plus d'un an.

OBSERVATION DE M. DE GUISE.

Sur un homme porteur de deux trajets fistuleux ouverts à chacune des aines par suite d'abcès par congestion liés à une carie vertébrale, M. Deguise poussa pendant six mois des injections de teinture d'iode. Le malade n'en a pas moins succombé.

OBSERVATION DE M. FLEURY (DE CLERMONT).

Le 11 octobre 1849, un militaire, âgé de vingt-sept ans, vit paraître une tumeur à la fosse iliaque, précédée de douleurs lombaires remontant à vingt mois à la suite d'un effort; quatre mois après, le 11 février 1850, il entre à l'hôpital. On reconnaît un abcès par congestion. Ponction sous-cutanée vers la fin du mois avec le trocart plat de M. Guérin; issue d'un pus inodore. On injecte de l'iode (un tiers de teinture sur deux tiers d'eau); inflammation de la poche. Dans les premiers jours de mai il se fait une ouverture spontanée, par laquelle s'échappe un pus infect; fièvre colliquative. Mort dans le courant de juillet, quatre mois après la première ponction.

Autopsie. — Rien dans les viscères; les deux dernières vertèbres lombaires sont légèrement érodées.

OBSERVATION DE M. BONNAFOND.

Chez un militaire, ce chirurgien ouvrit un abcès de la fosse iliaque par une incision; évacuation abondante de pus facilitée par une sonde et un appareil compressif; le pus devient fétide. On fit des injections émollientes, *puis iodées*. Le pus perdit de sa fétidité; il fut moins abondant pendant quelque temps, mais le malade succomba sous l'influence du mal.

Autopsie. — Abcès lié à une carie vertébrale, ouverture de communication très petite entre l'abcès et le foyer osseux malade.

OBSERVATION DE M. ROBERT (A).

Un homme, âgé de vingt-sept ans, tombe de 15 pieds de haut sur les extrémités inférieures en 1849; douleurs rénales et lombaires traitées longtemps sans succès complet à l'hôpital Beaujon. En août 1851, il apparaît à l'aine droite un abcès pour

lequel il entre de nouveau au même hôpital le 20 novembre 1851. M. Robert examine le malade le 20 janvier 1852, et trouve un abcès par congestion à l'aine droite. Quelques jours après, ponction sous-cutanée par laquelle on retire 150 grammes de pus de bonne nature. Nouvelle ponction faite par M. Boinet avec injection iodée; le malade va bien. Le 14 février, nouvelle ponction et injection iodée; jusqu'au 19 mars, trois nouvelles ponctions et injections. Dès la ponction du 14 février le pus est devenu fétide, et vers le 19 mars des symptômes de pleurésie se manifestèrent. Il mourut le 14 avril, deux mois et demi environ après la première ponction.

Autopsie. — Abcès lié à une carie des vertèbres dorsales inférieures; l'ouverture supérieure du trajet purulent est tellement petite, qu'on ne peut y faire passer qu'avec peine une injection liquide. Liquide séro-purulent dans les cavités pleurales; sérosité abondante dans les cavités cérébrales.

OBSERVATION (*B*).

Un jeune homme est traité pour une paraplégie que l'on croit provenir d'accidents syphilitiques datant de deux ans; mais bientôt apparaît un abcès par congestion à la région lombaire, accompagné d'incurvation vertébrale. On pratique trois ou quatre ponctions suivies d'injections iodées; à la suite de la dernière injection, des accidents graves se développent, le foyer se gangrène; il meurt.

Autopsie. — Abcès lombaire lié à la destruction des trois dernières vertèbres dorsales et premières lombaires; le foyer purulent communique largement avec les vertèbres altérées.

Tels sont les cas publiés jusqu'à ce jour. Nous savons bien que M. Larrey a annoncé un insuccès, dont il n'a pas conté l'histoire promise (1). Le fait de M. Huguier se rapporte à un abcès lié à une maladie de l'articulation coxo-fémorale (2). Les essais de M. Guersant se rapportent à la même affection (3). Enfin, pour être l'écho de tous les bruits, M. Jules Guérin affirme que M. Abeille a fait plusieurs tentatives infructueuses, et que M. Boinet aurait perdu un malade dans d'excellentes conditions d'expérimentation (4).

Afin de ne pas encourir le reproche de partialité, apportons,

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1852, p. 211. *Comptes rendus des travaux de la Société de chirurgie de Paris.*

(2) *Ibid.*

(3) *Ibid.*

(4) *Gaz. méd. de Paris*, 1851, p. 603.

dans l'examen des cas d'insuccès, une sévérité égale à celle dont nous avons fait preuve en appréciant les succès.

On peut, à la rigueur, exonérer la méthode des injections iodées des insuccès de MM. Bonnafond et Fleury, en soutenant que, dans la première, on n'a pas suivi les conditions voulues d'une bonne expérimentation ; et dans la seconde, qu'on a essayé la médication au lieu d'en poursuivre l'application.

Dans les observations de MM. Deguise et Foucault, on est obligé d'avouer l'impuissance absolue des injections iodées. Il s'agit ici de simples trajets fistuleux ; on pousse à une grande hauteur la teinture d'iode, on persévère des mois entiers pour obtenir des cadavres. Si par hasard on se prévalait de l'ancienneté de l'affection pour expliquer l'insuccès thérapeutique, je renverrais tout de suite à la lecture des observations de M. Robert et des nôtres, n[os] VII et VIII. Ces quatre malades étaient vierges de tout traitement, la maladie n'offrait rien d'insolite; les injections ont été administrées d'après les préceptes donnés par leurs propres défenseurs, et leurs autopsies, chose essentielle, ont révélé que, dans un cas, l'affection était bornée au corps de deux vertèbres (tubercule enkysté), et trois fois au moins il y avait absence de tubercules pulmonaires.

Certes, si la médication iodée doit compter des succès, c'est sans doute chez les individus exempts de lésion organique viscérale grave. Rien ne peut alors entraver son action sur la carie osseuse, qu'elle devrait si bien guérir au dire de ses admirateurs. Pourquoi donc nous a-t-elle fait défaut? On ne saurait invoquer d'autres causes que celles dues à la place occupée par les collections purulentes, à la longueur de leur trajet, etc..., toutes circonstances contre lesquelles la thérapeutique a vainement lutté jusqu'à ce jour.

Est-il besoin d'ajouter que la nature de la lésion de la colonne vertébrale peut revendiquer sa part de la gravité. Malgré l'iode,

ces lésions de la colonne vertébrale, nées chez des adultes sous l'influence de chocs plus ou moins violents, se sont rapidement terminées par la mort (obs. *A* de M. Robert; — obs. de M. Fleury).

Avant d'aller plus loin dans l'analyse de ces insuccès, relatons quelques observations incomplètes, où nous puiserons cependant des renseignements utiles. Elles sont au nombre de six. Elles nous ont été léguées par MM. Fleury, Houel, Bocamy, Robert et Nélaton; la sixième nous revient.

OBSERVATION DE M. FLEURY.

Tumeur inguinale gauche précédée depuis cinq à six mois de douleurs lombaires chez un militaire de vingt-sept ans, bien portant avant cette époque. Le 25 juillet 1850, exutoires sur la colonne vertébrale; trois semaines après, ponction de la tumeur avec le trocart ordinaire, écoulement de 60 grammes de pus inodore; injection iodée, pas de douleur. Trois jours après, inflammation vive du foyer, qui est tendu, douloureux; frisson; fièvre antiphlogistique; le malade va mieux, mais une nouvelle collection se forme : on renonce à l'iode, vu les premiers accidents.

OBSERVATION DE M. HOUEL.

Un homme fait une chute sur les reins; quelque temps après, tumeur fluctuante à l'aine. Cet abcès s'ouvre spontanément; issue d'une suppuration abondante et continuelle, affaiblissement du malade. Injections iodées répétées; l'état s'améliore, tout fait espérer un prochain rétablissement.

OBSERVATION DE M. BOCAMY.

Un homme fort porte un abcès par congestion; on pratique deux ponctions à quelques jours d'intervalle, suivies d'injections iodées (8 gram. de teinture pour 30 gram. d'eau). Le malade sort de l'hôpital au bout de quatorze jours, conservant une fistule au niveau de la dernière ponction.

OBSERVATION DE M. ROBERT.

Un jeune paralytique, réduit au marasme, portait un abcès lombaire gauche; on fait trois ponctions suivies d'injections iodées : il n'y a pas eu d'accidents dans les premiers jours; plus tard les parois de l'abcès se gangrènent. Il quitte l'hôpital lorsque son état annonçait une mort prochaine.

OBSERVATION QUI NOUS APPARTIENT.

Un jeune homme bien constitué, âgé de vingt-deux ans, entre à l'hôpital en mai 1853, portant une tumeur fluctuante à la partie supérieure et externe de la cuisse gauche: recouverte par une épaisseur de parties molles assez notable. Il ne sait à quoi attribuer son mal, qui a été précédé de douleurs lombaires vagues. La tumeur n'a commencé à paraître que depuis six semaines environ. Il n'y a pas de difformité vertébrale, la région lombaire est un peu douloureuse à la pression. Ponction sous-cutanée quelques jours après son entrée; du pus sans odeur s'écoule; injection de teinture d'iode; trois ponctions nouvelles suivies d'injection ont été faites à quelques jours d'intervalle. La dernière ponction reste fistuleuse; on l'agrandit pour y placer une sonde de gomme élastique par laquelle la suppuration s'écoule, et qui sert à conduire l'injection iodée, répétée deux fois par semaine, dans les points les plus élevés de la poche purulente. Ces injections sont régulièrement faites depuis cette époque, c'est-à-dire depuis vingt-deux mois; et cependant la suppuration ne diminue pas sensiblement. En résumant les symptômes généraux et locaux qui se sont produits depuis le début du traitement, on voit que la poche est devenue parfois douloureuse à la suite de quelques injections; que la suppuration a été très fétide pendant les deux ou trois premiers mois, qu'elle n'a pas diminué réellement de quantité. Si parfois on a cru à sa diminution par la cessation de l'écoulement, le malaise local et général ressenti par le malade prévenait bientôt qu'elle était due à la rétention des liquides pathologiques sécrétés. Comme symptômes généraux le malade a éprouvé, surtout à la suite de la fistule, des frissons, de la fièvre, de la chaleur, de la soif, de l'inappétence, de la sécheresse de la peau. Il a maigri, il s'est anémié. Depuis, ces symptômes ont cessé, mais la maigreur et l'anémie persistent à un certain degré. Inutile d'ajouter que le traitement local a été soutenu par un régime convenable, les exutoires répétés sur le trajet des vertèbres lombaires, l'huile de foie de morue, le fer, l'iodure de potassium à l'intérieur.

Depuis que ces observations incomplètes ont été livrées à la publicité, il n'est pas à ma connaissance qu'on en ait donné le supplément indispensable. Nous donnerons un peu plus loin le fait de M. Nélaton.

Analysons un peu maintenant nos décès.

A quelle époque la mort a-t-elle eu lieu après les injections iodées? La date n'est pas indiquée dans les observations de MM. Foucault et Bonnafond; sur les six autres restants, deux fois la mort survint au quatrième mois (obs. de M. Fleury et obs. n° VIII), une fois à six mois (obs. de M. Deguise), une fois

à deux mois et demi (obs. de M. Robert); dans les deux derniers je lis, mort après quelques jours (obs. *B* de M. Robert), mort en sept jours (voy. notre obs. n° VII).

Il est évident que l'époque de la mort n'a pas été retardée par les injections iodées, puisque les dates les plus courtes figurent dans ce relevé, et les plus éloignées manquent.

Sept fois l'abcès siégeait dans le voisinage de l'aine, une fois aux lombes. Je ne saurais passer outre sans relever cette donnée importante, d'une terminaison toujours funeste dans les abcès de l'aine; cette coïncidence jette, à mon avis, un grand discrédit sur les injections iodées appliquées aux abcès par congestion, symptomatiques d'une lésion vertébrale, puisqu'elles ne donnent pas des résultats différents de ceux des autres méthodes.

Six des malades avaient plus de vingt ans. Nos deux enfants portaient une gibbosité vertébrale; elle est probable chez le sujet de M. Foucault, et chez celui de l'observation (B) de M. Robert; elle n'est pas indiquée chez les autres malades.

Voilà l'ensemble des matériaux de la science sur la question des injections iodées appliquées aux abcès par congestion, symptomatiques d'une altération de la colonne vertébrale. Passons à leur contrôle les conclusions du mémoire de M. Boinet.

Première conclusion. — « On peut porter le médicament jusque sur les os cariés. » Les objections tirées de l'anatomie pathologique, et formulées, dès le début de la discussion, par MM. Robert (1) et Bonnafond (2), sont confirmées par l'autopsie du sujet de notre observation n° VII, puisque le contact de l'iode avec les surfaces osseuses cariées était rendu impossible, non-seulement par l'étroitesse du pertuis de communication entre l'abcès et sa source, mais même par les masses purulentes qui remplissaient les cavités creusées dans le tissu des corps des vertèbres.

(1) *Gaz. des hôpit.*, loc. cit., 1852.
(2) *Revue médicale*, 1851, t. II, p. 395.

Je ne prétends pas dire par là que cette condition est constante, mais elle nécessite un correctif dans la conclusion de M. Boinet.

Deuxième conclusion. — « Elle prévient l'infection putride en s'opposant à l'absorption des éléments du pus vicié ou non, et, comme avantage secondaire, on peut se dispenser de fermer l'ouverture de la ponction après une injection iodée : l'introduction de l'air dans les cavités injectées ne paraît offrir aucun inconvénient. »

Une conviction aussi nettement formulée doit reposer sur une masse de faits longuement observés dans les diverses circonstances où ils peuvent se produire. Je ne sais si je m'abuse, mais il me semble que l'autorité de l'expérience manque à l'opinion de M. Boinet. Il cite un seul fait d'une certaine valeur; peut-il à lui seul soutenir une généralisation expérimentale? A coup sûr, non. Que deviendra donc cet exemple heureux, si nous lui opposons toute la série de nos insuccès? Pour mon compte, j'ai lu et relu toutes ces observations, et, les comparant à d'autres empruntées à différentes méthodes de traitement, je n'ai pu saisir la moindre dissemblance symptomatique. La jeune fille de notre observation n° VIII n'a-t-elle pas montré dans la production des symptômes la série fatale ordinaire.

Le premier malade de M. Robert, celui de M. Fleury, ne pourraient-ils pas être substitués à ceux de Ledran ou autres, soumis à la simple incision.

Aussi plus j'avance, plus je fouille dans cette question, plus je suis tenté de formuler à l'inverse de M. Boinet : Les injections iodées ne préviennent pas l'infection putride.

Troisième conclusion.— «Cette méthode, sans danger, adoucit les derniers moments des malades. »

Sans parler de la jeune fille de notre observation n° VIII, que l'on était obligé de chloroformiser pour chaque injection iodée, je me demande comment cette médication adoucit réellement

les derniers moments des malades. Est-ce en diminuant la suppuration, en supprimant sa fétidité? On sait que penser à cet égard. Est-ce donc en provoquant des douleurs de courte durée, je l'accorde, ou l'inflammation de la poche purulente, que l'on rend plus supportables les dernières semaines d'un moribond? A coup sûr, peu de médecins partageront cet avis. Mais là ne gît pas le côté le plus grave de la question. On ajoute que la *médication est sans danger*, j'admets volontiers que cela se passe généralement ainsi. De cette concession il y a loin à la règle absolue. En effet, sans rappeler les accidents locaux qui se sont produits dans les deux derniers faits de M. Robert, où l'on signale la gangrène des parois de la poche purulente, je prierai le lecteur de parcourir cette observation de M. Nélaton.

OBSERVATION.

Un jeune homme affecté de mal de Pott portait aux deux cuisses des abcès par congestion. M. Nélaton, désirant essayer dans ce cas les injections iodées, prit le parti de ponctionner l'abcès de la cuisse gauche. Cette opération fut pratiquée le 20 juin. Du pus s'écoula en grande quantité; puis, quand au moyen de pressions méthodiques on eut vidé convenablement le foyer, on y jeta à l'aide d'une seringue à hydrocèle la solution iodurée suivante: teinture d'iode, 1 partie; eau distillée, 2 parties; iodure de potassium, quantité suffisante pour empêcher la précipitation de l'iode. On injecta le contenu de deux seringues. Malgré tous les efforts, il en ressortit environ la moitié. La canule retirée, la petite plaie fut pansée avec du diachylon.

L'opération avait été faite à dix heures et demie du matin; à trois heures de l'après-midi, le malade éprouva des étourdissements et du trouble de la vue; bientôt survinrent des vomissements de matières séreuses mêlées à du chocolat. Il avait eu en même temps un malaise extrême, la peau humide, les extrémités froides, le pouls petit, filiforme, la respiration accélérée, et tous les signes d'une prostration profonde. A cinq heures, les vomissements persistaient, mais le pouls s'était relevé. Même état le soir et toute la nuit.

Le 21 juin, persistance des vomissements, gémissements inarticulés, accablement; gonflement énorme des deux paupières supérieures, dont la teinte est violacée. Le malade se plaint de souffrir au fond de la gorge.

Le 22, quoique abattu, il se sent un peu plus fort, il accuse plus nettement son mal. On examine la gorge, on y trouve de la sécheresse; la respiration est gênée, surtout pendant l'inspiration. Le malade tousse comme dans le croup; sa voix vibre.

Le jeune homme guérit sans doute de cet accident; mais l'observation n'en dit pas davantage.

Peut-on, après cette lecture, innocenter totalement un moyen thérapeutique, qui laisse parfois au médecin de si grandes inquiétudes sur le sort de son malade, en produisant des accidents toxiques graves.

Cette double injection iodée, que nous avons laissée, sous la foi des maîtres, dans la poche purulente du sujet de notre observation n° VII, doit-elle être complétement exonérée de cette terminaison fatale si rapide? Est-elle réellement étrangère à cette sorte d'apoplexie séreuse, seule lésion capable de nous expliquer la mort de notre malade? Le doute est au moins permis.

Enfin, et pour ne rien omettre, est-ce la ponction sous-cutanée seule, est-ce la teinture d'iode, sont-ce les deux enfin qui ont causé cette terminaison funeste en trente-six heures, dans cette observation de M. Robert que nous transcrivons ici?

OBSERVATION.

Lambert, mariée. âgée de cinquante-cinq ans, bonne constitution, sans antécédents tuberculeux, entre au commencement de mars 1853 à l'hôpital Beaujon. Il y a vingt-deux mois qu'elle s'est aperçue pour la première fois de la tumeur qu'elle porte aujourd'hui.

A son entrée à l'hôpital, on observe au-dessus du pli de l'aine gauche, en partie effacé, surtout en dehors, une tuméfaction transversale, mal circonscrite, se continuant sans ligne de démarcation précise, avec une saillie mal circonscrite également, de la grosseur du poing à peu près, située à la partie supérieure de la cuisse dans les rapports indiqués plus haut; par la palpation, on sent que la fosse iliaque gauche et les régions de l'abdomen environnantes sont pleines, tuméfiées, surtout si on les compare à celles du côté opposé. En outre si, posant une main sur la tumeur fémorale et l'autre sur la fosse iliaque, on exerce une pression avec la première, on sent et l'on voit la main abdominale soulevée par un flot de liquide; la peau dans ces diverses régions a conservé sa couleur normale; elle n'est ni chaude, ni amincie. La pression n'est nullement douloureuse. A ces caractères on ne peut méconnaître un abcès froid de l'abdomen, descendu dans la cuisse en passant sous l'arcade crurale; mais quel est l'origine de cet abcès? En exerçant des pressions sur les apophyses épineuses des vertèbres, on détermine constamment au niveau des

cinq dorsales moyennes une douleur très vive. Elle n'a jamais éprouvé de douleurs spontanées dans le rachis. Elle accuse quelques fourmillements, quelques démangeaisons dans les jambes, produites par un prurigo.

Le 4 mars, applications de huit boutons de feu au niveau des apophyses dorsales douloureuses.

Le 8 mars, ponction de l'abcès à la partie supérieure et externe de la cuisse avec le trocart plat, et injection iodée de 125 grammes après l'écoulement de 1100 grammes de pus bien lié; la plaie est fermée avec du diachylon.

A la visite du soir, état satisfaisant, pouls à 65. Pas de signes d'ivresse iodique; la douleur causée par l'injection n'a duré que trois heures. Vers neuf heures du soir du même jour, frisson très violent.

Le 9 mars au matin, face profondément altérée, vibrisses pulvérulentes; pouls accéléré, petit; extrémités froides, prostration profonde. La partie supérieure de la cuisse gauche est tendue, gonflee, douloureuse, érysipélateuse. Le soir, tous les symptômes s'aggravent malgré le traitement. Mort à neuf heures du soir.

Autopsie du 11 mars au matin. — Cerveau, viscères thoraciques et abdominaux sains; vaste abcès remplissant toute la fosse iliaque gauche, remontant le long de la colonne lombaire jusqu'aux dernières vertèbres dorsales.

En incisant la peau de la cuisse au niveau de la tumeur, et coupant le couturier percé par la ponction, on tombe dans une cavité remplie d'une matière caséeuse un peu jaunâtre, offrant une odeur iodée. Cette cavité est creusée au milieu des interstices musculaires sans membrane pyogénique; elle s'étend en bas jusqu'au sommet du triangle de Scarpa, en haut elle remonte jusque dans la fosse iliaque; on ne lui trouve pas d'autre communication avec le foyer principal que celle produite par le trou du trocart.

J'ai transcris tout au long cette observation, bien qu'on n'ait pas eu de carie vertébrale, afin de montrer avec quelle facilité on peut se tromper dans le diagnostic, et la possibilité d'une extravasation des liquides par l'ouverture du trocart à travers les interstices des muscles d'une région.

Quatrième conclusion. — « L'iode guérit la carie. » Quelles sont les prémisses de cette quatrième et dernière conclusion? Se trouvent-elles dans les succès obtenus? Il suffit, je pense, pour répondre à cette supposition, de remettre en relief les nombreux revers de la méthode. Seraient-elles la conséquence du temps nécessaire à la cure radicale? Mais, dans les trois observations où le mal offrait une certaine gravité, je lis six mois au moins pour le malade de M. Boinet, et plus d'un an pour un de nos

deux malades, et encore faut-il ajouter que l'un d'eux eut une récidive trois années après sa guérison. Donc l'emploi de l'iode n'a pas même abrégé dans ces faits la durée nécessaire à la guérison de la carie, puisqu'elle ne diffère pas de celle des autres méthodes. Cette manière de voir n'est-elle pas corroborée par l'observation incomplète de notre jeune homme, chez lequel nous pratiquons infructueusement des injections iodées depuis plus de vingt mois?

Les autopsies sur lesquelles on pourrait également se fonder font défaut à M. Boinet. La seule que je connaisse est celle de notre jeune fille (obs. n° VIII), sur laquelle les injections iodées avaient été continuées pendant quatre mois. Or, les lésions trouvées à l'autopsie sont loin d'être favorables à la guérison de la carie.

Veut-on me permettre un autre ordre de preuves : j'ai vu pratiquer ou pratiqué moi-même, chez trois individus atteints d'hydarthroses chroniques, des injections iodées répétées. Deux fois le gonflement des os ne pouvait laisser de doute sur leur altération. Ces deux malades ont succombé, et l'autopsie a montré la carie de l'extrémité du fémur. Si l'iode guérissait la carie osseuse, comment a-t-il échoué dans ces deux cas? L'inefficacité de ce remède est si réelle dans cette condition, que MM. Borelli (1) et Bonnet (2) font de la lésion osseuse une contre-indication formelle à l'emploi de l'iode.

Je terminerai en disant que j'ai été moins heureux que M. Boinet, dans deux cas d'abcès par congestion liés à une coxalgie, chez un adulte et une jeune fille de treize ans. Le premier est mort en un mois, la seconde en trois mois, avec tous les accidents connus dans cette sorte de lésions, malgré des injections iodées multiples.

(1) *Union médicale*, 1851, p. 138.
(2) *Maladies des articulations*, loc. cit.

Méthode consistant à abandonner l'abcès à sa marche naturelle, tout en soignant l'affection vertébrale.

Convaincus de l'impuissance, de l'inutilité même de tous les moyens proposés pour conjurer les accidents locaux et généraux qui suivent l'ouverture des vastes collections purulentes, et surtout de celles liées aux altérations de la colonne vertébrale, conservant d'ailleurs quelques vagues espérances sur l'efficacité des agents thérapeutiques dirigés contre la maladie primitive, espérances fondées sur les rares exemples de terminaison spontanée heureuse, des chirurgiens ont donné le simple conseil d'abandonner ces abcès à leur marche fatale, bornant leur médication externe à l'usage de révulsifs puissants promenés sur la tige rachidienne (moxas, cautères, etc.).

Une légère nuance s'est dessinée dans ce camp. Les uns confient à la nature le soin même d'ouvrir le foyer purulent; les autres créent une ouverture artificielle, lorsqu'elle est devenue absolument inévitable. Nous ne voulons pas tenir compte pour les résultats d'une si minime différence.

La première mention de cette manière d'agir se trouve formulée dans le mémoire de Bazile (1). « J'ai eu si peu à me louer de tous les moyens que j'ai tentés et vu tenter dans un assez bon nombre de malades, que j'ose assurer que le meilleur parti à prendre est d'abandonner à la nature le sort de ceux qui en sont attaqués, lorsqu'ils sont surtout parvenus à une certaine période. Les dépôts qui s'avancent à l'extérieur s'ouvrent spontanément, ils laissent de petites fistules, et les malades peuvent encore vivre longtemps. »

Pott (2), en préconisant l'usage des cautères d'après la pra-

(1) *Loc. cit.*, p. 449.

(2) *Loc. cit.*, p. 29 et 41, conclusion VI.

tique de Cameron et Jeffreys, sur le trajet de la colonne vertébrale, a remis en relief la deuxième partie du traitement : bien que, pour rester dans la vérité, cet auteur n'attribuât d'action à ces révulsifs, dans la maladie qui porte son nom, que jusqu'à l'époque de la formation des abcès, idée du reste formulée de nos jours par Boyer (1), en ces termes : « Lorsque l'abcès est formé, tous les exutoires sont inutiles et ne servent qu'à tourmenter les malades. »

Voilà les deux idées dominantes d'un traitement qui a rallié de grands noms en chirurgie. Abandonner le mal à la nature, user de révulsifs puissants placés au niveau des points malades de la colonne vertébrale, aider le tout de la médication interne unanimement adoptée : telle a été la conduite de Dupuytren, Larrey, etc., et celle suivie de nos jours par MM. Velpeau, Gerdy, Bonnet (de Lyon), Nélaton, etc.

Citons les propres paroles de Dupuytren (2) : « Doit-on abandonner l'abcès aux seules ressources de la nature, ou faut-il lui opposer un traitement chirurgical quelconque? La marche de la maladie doit servir de règle à cet égard. Ces abcès restent quelquefois dans le même état pendant des années entières et sans causer d'accidents. Le pus est absorbé graduellement, et il n'en reste plus de trace. D'autres fois, après un temps plus ou moins long, la peau qui les recouvre s'enflamme, s'ouvre, et donne issue au pus qui s'écoule et ne se reproduit plus. Dans d'autres circonstances, le pus, après avoir séjourné un temps plus ou moins long, se convertit en adipocire... Il est dangereux d'ouvrir les abcès symptomatiques résultant d'une carie vertébrale qui a cédé aux médicaments : c'est également la conduite à tenir à leur égard, lorsque tous ces moyens ont été impuissants à guérir la carie. »

(1) *Loc. cit.*, t. I, p. 553.
(2) *Leçons orales*, 1832, t. I, p. 131.

Les moyens qu'indiquent Dupuytren consistent dans l'emploi actif de cautères, moxas, médicaments internes, et un régime hygiénique convenable.

Larrey, dans sa *Clinique chirurgicale*, déclare (1) que, « si ces mêmes abcès sont ouverts de bonne heure, quel que soit le procédé dont on s'est servi avant d'avoir employé les moyens efficaces contre la carie, le malade meurt très vite... » Puis il ajoute à la page 316 : « Après l'usage des moxas, bien préférables aux cautères, continués jusqu'à ce que la maladie soit arrêtée, j'opère ces abcès par un procédé qui consiste à faire une ouverture oblique dans la tumeur au moyen d'un couteau étroit rougi au feu, et à évacuer au même instant, à l'aide de ventouses sèches, toute la matière purulente accumulée dans le foyer, que je comprime ensuite à l'aide d'un bandage compressif. »

M. Velpeau (2) avoue que « dans les abcès par congestion la terminaison est fâcheuse, la thérapeutique étant très pauvre dans ces sortes d'affections. »

M. Gerdy (3), dans les *Comptes rendus de la Société de chirurgie*, dit qu'il n'a jamais employé, dans ces cas, d'autre méthode que les moxas, et il a obtenu d'assez beaux résultats pour ne pas changer de traitement.

D'après Bonnet (4), « l'inutilité ou les conséquences graves de toutes les opérations que l'on pratique sur les abcès par congestion conduisent à penser qu'il vaut mieux les abandonner à leur marche naturelle qu'à les ouvrir. »

« L'ouverture des abcès par congestion, insiste M. Nélaton (5), doit donc être proscrite d'une manière générale, et tous les soins

(1) Tome III, p. 312 et 316.
(2) *Leçons orales de chim. chirurg.*, t. III, p. 228.
(3) *Gaz. des hôpit.*, 1852, p. 211.
(4) *Maladies des articulations*, t. II, p. 593, 1re édit.
(5) *Loc. cit.*, t. II, p. 94.

du chirurgien doivent tendre à retarder l'époque de l'ouverture spontanée. » C'est dans ce but qu'il se sert de la ponction sous-cutanée, lorsque l'ouverture spontanée est imminente.

Ces diverses citations établissent assez l'existence de cette quatrième méthode avec des nuances légères. Voyons donc ses résultats.

Résultats.

Nous avons déjà rappelé, à l'occasion de la curabilité des abcès par congestion liés à une altération de la colonne vertébrale, neuf observations de guérison spontanée, sans ouverture extérieure du foyer et résorption du contenu. Sur ce total, six peuvent être considérées comme des guérisons complètes ; la septième laisse des doutes sur la nature de la maladie ; dans les deux dernières, la résorption n'était pas achevée, il est inutile d'y revenir ici.

Voulant avoir quelques renseignements sur les résultats des ouvertures spontanées des abcès, ou des ouvertures artificielles au moment où elles allaient se produire d'elles-mêmes, j'ai relevé treize faits, cinq à Larrey (1), un à Dupuytren (2), deux à Lisfranc (3), un dans la thèse de M. Cajo (4), un à Pott (5), un à M. Nichet (6), un sixième observé par nous, et le septième par M. Rafaelstorns (7).

Ces treize faits donnent quatre guérisons, cinq morts; les quatre autres ont été perdus de vue à l'état de fistule.

(1) *Clin. chirurg.*, t. III, p. 316. — *Relation de ses campagnes*, t. II, p. 407.
(2) *Leçons orales*, t. I, p. 131.
(3) *Bullet. thérap.*, 1846, t. XIX, p. 134.
(4) Thèse de Montpellier, 1847, p. 20.
(5) *Loc. cit.*, p. 52.
(6) *Gaz. méd. de Paris*, 1835, p. 536, obs. 13.
(7) *Ibid.*, 1847, p. 33.

Des quatre guérisons, trois sont à Larrey, la dernière à M. Rafaelstorns. — Nous en faisons suivre un extrait sommaire.

OBSERVATIONS DE LARREY (*A*).

Un soldat, âgé de vingt-quatre ans, contracte des douleurs rhumatismales au bivouac ; tumeur abcédée entre le rachis et le scapulum. Ouverture avec le fer rouge quand elle allait se faire spontanément ; pus mélangé de grains osseux. Guérison en deux ans ; le malade est raccourci de plus d'un pouce, il ne peut fléchir le tronc en aucun sens ; on a réitéré plusieurs fois l'application des moxas.

OBSERVATION (*B*).

Jeune militaire atteint de gibbosité dorsale au niveau des quatrième et cinquième vertèbres de cette région, avec abcès par congestion vers l'angle inférieur de l'omoplate droite. Application réitérée de moxas ; ouverture de l'abcès avec le fer incandescent. Guérison en quelques mois ; il reste courbé et débile.

OBSERVATION (*C*).

Un chirurgien d'armée, âgé de vingt-sept ans, d'une constitution délicate, à la suite de douleurs dorsales prolongées, est atteint d'un dépôt dans la région lombaire. Application réitérée de moxas ; ouverture avec le fer incandescent. Guérison en trois mois. On n'avait constaté aucune difformité vertébrale.

OBSERVATION DE M. RAFAELSTORNS.

Un enfant, âgé de neuf ans, lymphatique et faible, se présenta dans les premiers jours de février 1845 avec une tumeur plus grosse qu'un œuf, indolente, située à la partie moyenne et externe de la cuisse droite ; douleur par pression avec légère tuméfaction au niveau de la quatrième vertèbre lombaire ; l'enfant ne peut fléchir le tronc.

Diagnostic. — Carie vertébrale, abcès par congestion. Vers le 10 février, ouverture spontanée de l'abcès ; fétidité du pus, inflammation de la poche ; fièvre. Le 14 février, sangsues et moxas sur le point vertébral douloureux ; on les continue pendant deux mois et demi. Dès le 24 février le pus diminue et perd de sa fétidité ; la guérison fut complète après deux mois et demi ; fer et tonique à l'intérieur.

De ces quatre malades, trois étaient dans la catégorie des cas de moyenne gravité, le dernier seul était un cas grave.

La guérison s'est effectuée de deux mois et demi à deux ans.

Il serait inutile de rapporter, même sommairement, les obser-

vations terminées par la mort. Au nombre de cinq, elles se trouvent dans les ouvrages de Dupuytren, Larrey, Nichet, Pott; la cinquième seule est la nôtre. Elles ne pourraient offrir d'autres renseignements que ceux que nous possédons déjà. Aussi je me contenterai de dire qu'ici l'époque de la mort après l'ouverture spontanée du dépôt purulent a été de cinq jours, de quatre mois, de six mois et onze mois.

Chez les cinq malades, l'abcès s'était ouvert dans le voisinage de l'aine, cas les plus graves, chez des personnes au-dessus et au-dessous de vingt ans.

Quatre sujets, avons-nous dit, ont été perdus de vue, quand l'abcès était réduit à l'état de fistule. Comme leurs observations offrent un certain intérêt, nous allons en donner un extrait sommaire.

OBSERVATION DE M. CAJO.

Un jardinier de quarante-cinq ans porte une courbure très marquée de la colonne vertébrale à la hauteur des dernières vertèbres et des premières lombaires; un abcès considérable s'est ouvert spontanément à l'aine; depuis plusieurs années il reste à l'état de fistule, sans gêner le malade dans l'exercice pénible de sa profession.

OBSERVATION DE LARREY.

Bulliard, âgé de vingt-deux ans, lymphatique, atteint successivement d'abcès au niveau du sternum, et à la région dorsale avec gibbosité, est soumis à l'usage de vingt moxas; on ouvre ensuite les collections purulentes; celle du dos est réduite à l'état de fistule depuis un an, lorsque le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION DE LISFRANC.

Un homme de trente ans, porte un énorme abcès par congestion à la cuisse et à la fesse droite, sans gibbosité; on fait une ponction sous-cutanée qui évacue tout le liquide. Au bout de quinze jours il est totalement reproduit. On se disposait à le ponctionner, lorsqu'il s'ouvrit spontanément; l'ouverture capillaire se referma dans les vingt-quatre heures; le surlendemain, elle se fit de nouveau pour se fermer deux jours après. Enfin, un autre pertuis se forma à la base de la tumeur; au lieu de rester étroit, il s'agrandit par ulcération, de manière à recevoir l'extrémité du doigt.

Après quelques phénomènes généraux, l'état s'améliora, le pus diminua, et le malade sortit avec sa fistule, pour aller à la campagne achever sa guérison.

La deuxième observation de Lisfranc est si analogue à la précédente, qu'il serait superflu de la reproduire.

Ainsi, plus nous avançons dans l'examen de cette quatrième méthode de traitement, plus ses résultats se calquent sur ceux des autres que nous avons déjà passées en revue.

Cherchons à savoir cependant s'il n'y a pas quelques accidents immédiats liés à son emploi. Pour atteindre ce but, s'il est possible, j'ai relevé neuf observations terminées par la mort, sans ouverture extérieure à la surface cutanée. Elles sont tirées : une de M. Martin-Solon (1), trois de M. Nichet (2), deux de M. Scutzemberger (3), une de M. Mons (4), les deux dernières de notre propre pratique.

Or, sur ces neuf cas, je vois deux malades dont la mort a été hâtée par le seul fait de la collection purulente. Ainsi, celui de M. Martin-Solon est mort asphyxié par la pression du larynx. Un des trois de M. Nichet portait, à l'autopsie, une cavité purulente en communication avec un des deux poumons, dans lesquels il n'y avait pas de traces de tubercules. L'intérêt qui se rattache à ces deux observations nous engage à les donner en résumé. Toutefois nous ajouterons préalablement que dans les autres faits ci-dessus mentionnés la mort s'est produite dans les conditions ordinaires ; elles ne méritent donc pas de nous occuper davantage.

OBSERVATION DE M. MARTIN-SOLON.

Une femme de quarante-huit ans entre à l'Hôtel-Dieu le 19 septembre 1830, offrant une position insolite du cou et de la tête, avec difficulté et douleurs dans les

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1830, t. XXIV, p. 335.

(2) *Gaz. méd. de Paris*, 1835, p. 531, et 1840, p. 387 et 388.

(3) *Loc. cit.*, p. 220.

(4) Thèse de Montpellier, 1847, p. 49.

mouvements ; sa voix est nasonnée ; douleur très intense dans le fond de la gorge. Un examen attentif fait découvrir au devant de la colonne cervicale une tumeur fluctuante de la grosseur d'un œuf de poule, repoussant en avant le voile du palais. On diagnostiqua un abcès par congestion, auquel on ne résolut de toucher qu'en cas d'accident, comme une menace d'asphyxie.

Après avoir éprouvé de fortes douleurs, elle succomba tout à coup asphyxiée, le 16 octobre au matin, avant que l'on eût appelé le chirurgien de garde.

A l'autopsie, on trouva un vaste abcès comprimant le larynx, et lié à une carie de l'articulation ou de la tête avec la colonne vertébrale.

OBSERVATION DE M. NICHET.

Une fille de neuf ans entre à l'hôpital, en février 1836, dans un état complet de marasme. Elle portait trois vastes dépôts par congestion non ouverts : l'un entre l'anus et la tubérosité sciatique, les deux autres sur les côtés de l'épine, dans les régions dorsale et lombaire; la colonne vertébrale est sans difformité. La compression réduisait la tumeur dorsale, dans laquelle on entendait du gargouillement à l'auscultation ; les crachats étaient purulents. La malade mourut six jours après son entrée.

A l'autopsie, on trouve les poumons souples et crépitants, sans tubercule ; les feuillets de la plèvre droite adhérents, traversés par un trajet fistuleux, ainsi que le poumon droit. Cette fistule aboutit d'une part à une bronche, et de l'autre au foyer purulent du dos, en passant entre la troisième et la quatrième côte ; les corps de plusieurs vertèbres dorsales sont altérés !

En face de ces deux observations, oserait-on affirmer que l'ouverture prématurée de ces collections purulentes n'aurait pas retardé la terminaison fatale, en empêchant dans le premier cas l'asphyxie, et dans le second la formation d'une fistule pulmonaire.

On prétendrait en vain que la terminaison est toujours très lente dans les abcès par congestion non ouverts, puisque en lisant les neuf observations indiquées, je vois que l'époque de la mort est souvent assez proche du début du mal. Ainsi, deux malades ont succombé en deux mois, deux en quatre mois, un en douze mois. Pour les autres le temps n'est pas indiqué.

TROISIÈME PARTIE.

Conclusion.

Arrivé à la dernière partie de notre tâche, il ne nous resterait à la rigueur qu'à transcrire les corollaires facilement mis en relief par l'exposé précédent, groupant ainsi dans un tableau d'ensemble les données disséminées dans le travail d'analyse. Mais, avant d'atteindre ce but final, ne serait-il pas intéressant de montrer en quelques mots les causes principales qui ont pu égarer les chirurgiens dans l'appréciation de la méthode de traitement adoptée par eux?

Si je ne m'abuse point, ces causes doivent surtout leur origine aux trois circonstances suivantes : la première vient du peu de soin que l'on a mis à rechercher les cas de guérison survenus pendant les traitements les plus dissemblables; la seconde naît de l'oubli professé à l'endroit de la distinction du plus ou moins de gravité de la maladie ; la troisième, de la croyance trop absolue, et partant erronée, de la mort constante et rapide des malades par suite des accidents qui succèdent à l'ouverture des abcès par congestion dus à une altération de la colonne vertébrale.

Il nous est aisé de prouver la réalité de nos suppositions, en rappelant quelques passages empruntés aux défenseurs de telle ou telle méthode.

Si M. Guérin, par exemple, eût connu les guérisons rapportées dans le courant de ce travail, eût-il écrit cette phrase : « A l'heure qu'il est, on ne pourrait citer un seul cas de guérison authentique survenue à la suite de l'ouverture chirurgicale de ces collections ? » En parlant ainsi, on se fait la partie belle pour estimer la valeur de ses propres travaux au détriment de la vérité.

M. Boinet aurait-il avancé que les injections iodées guérissaient la maladie principale et ses accidents, si, moins pressé de conclure, il eût continué ses expériences sur une plus grande échelle, et sur des malades plus gravement atteints. Ce que nous avons vu ne saurait rendre la réponse douteuse?

Enfin, Lisfranc aurait-il cru pendant de longues années à l'infaillibilité de son traitement, s'il n'eût faussé les principes d'une vieille expérience, en admettant constamment la viciation purulente à la suite de l'ouverture de tous les abcès par congestion?

Nous développerions vainement l'erreur évidente de ces divers points de départ qui, acceptés comme prémisses par ces auteurs, devaient aboutir à des conclusions entachées d'illusions mensongères.

En médecine, une méthode de traitement, un remède, sont d'autant meilleurs qu'ils guérissent plus de malades. Succès et revers, tels sont en définitive nos termes de comparaison. Mais, quand ces données font défaut, ou si leurs différences sont comprises dans des bornes trop restreintes, un jugement de quelque valeur devient impossible. Dès lors, il ne reste plus à l'étude que des détails d'une importance très secondaire, sujets à mille interprétations, et ne pouvant livrer à une œuvre appréciative que des résultats contestables.

Tel est malheureusement, comme nous allons le voir, le sort trop évident de la question qui nous occupe.

Est-il possible, en effet, de déterminer les meilleurs modes de traitement applicables aux abcès par congestion symptomatiques d'une lésion vertébrale, en prenant pour base de notre appréciation les succès et les revers?

On connaît déjà d'avance notre réponse négative.

Mais je vais plus loin : qui oserait maintenant glorifier une méthode de quelques guérisons obtenues sur d'innombrables

victimes? Pour moi, je ne m'en sens pas le courage; et, comme si le hasard avait voulu se moquer des prétentions rivales, je compte dans nos statistiques six guérisons pour la première méthode, six pour les ponctions sous-cutanées, sept en faveur de l'iode, et dix pour la dernière méthode. Il va sans dire que, dans ces tristes additions, nous laissons tout figurer, cas d'une nature douteuse ou d'une gravité minime.

Ainsi, après tant de louables efforts, d'expériences dignes d'un meilleur succès, nous sommes forcé de dire :

Soit que vous incisiez un abcès par congestion symptomatique d'une lésion vertébrale, soit que vous le ponctionniez suivant toutes les règles de l'art, soit que vous modifiiez la poche purulente par des injections iodées multiples, soit enfin que, confiant dans les ressources de la nature, vous secondiez ses efforts, la mort du malade est à peu près votre unique espérance.

Ainsi que je le faisais pressentir tout à l'heure, la détermination des meilleurs modes de traitement ne peut donc s'appuyer que sur des détails d'une valeur douteuse et propre à soulever des interprétations différentes.

Essayons toutefois d'aborder quelques-uns des points les plus intéressants.

Une des considérations les plus importantes à invoquer dans le choix de nos méthodes, est sans nul doute celle tirée de la durée de la vie depuis le moment de l'apparition de l'abcès à l'extérieur, c'est-à-dire depuis l'époque où les médications externes peuvent lui être appliquées.

Après quelques tentatives, je me suis vite aperçu que les observations ne renfermaient pas de détails suffisants, de renseignements assez exacts pour oser bâtir des statistiques seules aptes à résoudre le problème en question. On pourrait sans doute admettre à priori que la durée de la vie doit être plus grande en abandonnant les abcès à eux-mêmes. Mais cette con-

clusion ne serait rigoureuse qu'autant que l'on prouverait ces deux choses : que la thérapeutique ne possède aucun moyen de ralentir la marche de ces collections purulentes, et que la méthode susdite ne provoque aucun danger immédiat.

Pour notre propre compte, nous doutons fort qu'on démontre jamais la puissance ou l'impuissance d'un moyen thérapeutique pour arrêter la marche des abcès par congestion symptomatiques d'une lésion de la colonne vertébrale. Je sais que dans ce but on a proposé, comme M. Nélaton, l'évacuation du pus par la méthode sous-cutanée, mais ne savons-nous pas aussi que, sans compter la possibilité de la production immédiate d'une fistule, on a vu le foyer s'ouvrir spontanément dans d'autres points au bout de quelques jours? Est-il possible d'affirmer que la ponction a retardé ou avancé la formation de cette ouverture naturelle? Je ne me charge pas de répondre.

Quant à prouver l'inoffensivité des abcès abandonnés à eux-mêmes d'une manière absolue, la démonstration n'est pas possible, puisqu'elle peut donner lieu, comme nous en avons cité des exemples dans la deuxième partie de ce travail, à des terminaisons funestes survenues brusquement.

Cette question de la durée relative de la vie des malades reste expérimentalement insoluble dans l'état actuel de la science; et j'ajoute que cette solution n'est possible qu'à l'aide de nombreux matériaux soigneusement amassés.

Ainsi, même dans le détail le plus important, nous ne pouvons trouver aujourd'hui une réponse à la question posée.

Cherchons maintenant, si les divers modes de traitement ne présentent pas quelques nuances mieux tranchées du côté des accidents inhérents à leur emploi.

Nous savons déjà qu'il est impossible d'exonérer sans erreur aucun mode thérapeutique de la production d'accidents sérieux. Ainsi les incisions entraînent à leur suite assez souvent des dan-

gers immédiats menaçants. La ponction sous-cutanée n'est pas sûre dès le lendemain de conjurer l'entrée de l'air atmosphérique dans le foyer purulent, de garantir dans les tissus voisins une infiltration de pus déterminant la mort. Les injections iodées sont vraiment impuissantes contre cette décomposition putride; elles ne sauraient se défendre d'avoir causé un empoisonnement et de n'avoir joué aucun rôle dans cette terminaison remarquablement brusque arrivée chez notre malade. Enfin, en abandonnant cet abcès pharyngien à sa marche naturelle, M. Martin-Solon n'a-t-il pas eu à regretter l'asphyxie prématurée de sa malade? Qui me dit à moi que, sans cette méthode on aurait vu certaines fusées purulentes se faire jour du côté du poumon, dans les cavités abdominales, et même dans le canal rachidien? Donc, aucune de nos méthodes ne peut se parer de l'avantage d'être inoffensive. Mais hâtons-nous d'ajouter que, pour la première fois, nous pourrons ici saisir quelques nuances différentielles. La méthode par incision a sans nul doute son tableau nécrologique plus chargé pour les premiers moments qui suivent son emploi; plus tard l'équilibre se rétablit.

Devons-nous conclure de là à l'exclusion formelle de l'incision? Ce n'est pas notre avis. Car, si les ponctions sous-cutanées peuvent, dans la plupart des cas, suffire à l'évacuation des liquides, il ne faut pas oublier que ceux-ci se reproduisent parfois avec une incroyable rapidité. Or, chez un malade analogue à celui de M. Martin-Solon, serait-on sûr, même avec les ponctions, de prévenir la terminaison fatale arrivée si inopinément? Je ne le pense pas, et dans cette hypothèse je préférerais l'incision. Je la préférerais encore, si je pouvais reconnaître les fusées qui tendent à se faire jour dans des organes importants à la vie. Mais, si l'incision ne reçoit ici qu'une application limitée, il n'en est plus de même lorsqu'une fistule naturelle ou artificielle s'est définitivement établie. Ici elle revendique tous ses droits, et je

ne crains pas de lui assurer une supériorité marquée. Les exemples abondent pour prouver que la rétention des liquides purulents dans leur foyer favorise leur décomposition, produit facilement un malaise local et général sur le malade. Que l'on veuille à ce sujet revoir les observations de M. Payan et les nôtres (1). Une thérapeutique sage commande d'agrandir les trajets, de leur tracer des directions favorables à l'écoulement total des produits sécrétés.

Telle est, à notre avis, la part réservée à la méthode des incisions, ou mieux des larges ouvertures. Elle peut ainsi, sinon guérir, au moins soulager momentanément.

Poursuivons maintenant l'étude de la valeur relative des trois autres méthodes. J'accorde volontiers que les dangers immédiats ne sont fréquents dans aucune d'elles. Si cependant nous partons de ce fait que les ponctions sous-cutanées garantissent temporairement l'entrée de l'air dans le foyer, que les injections iodées luttent vainement contre les accidents liés à la décomposition putride du pus, nous sommes forcément amené à conclure que, sans exception, la méthode générale de traitement des abcès par congestion symptomatiques d'une lésion de la colonne vertébrale consiste à les abandonner à leur marche naturelle.

J'ai déjà signalé deux exceptions remarquables à l'occasion de la méthode des grandes ouvertures, il me reste à en signaler une troisième. Si quelques malades portent pendant des mois, des années même, des abcès par congestion sans éprouver de graves désordres, il n'en est pas de même pour tous.

Chez certains de ces malheureux, l'abondance du pus dans le foyer, en dilatant, comprimant ses parois, détermine parfois des douleurs tellement insupportables, qu'elles troublent leur santé

(1) L'observation n° II de Rust est un bel exemple de guérison à la suite d'incisions multiples et très profondes.

générale. Ces symptômes commandent à notre avis l'évacuation du contenu. Les ponctions sous-cutanées méritent alors toute notre confiance, puisqu'elles calment les douleurs en éloignant autant que possible l'ouverture définitive de ces collections.

Ces quelques réflexions montrent que la question des ouvertures prématurées ou tardives ne saurait être résolue d'une manière absolue, comme la plupart des chirurgiens l'ont essayé dans leurs écrits.

En abandonnant un abcès par congestion à lui-même, il arrive d'habitude un moment où son ouverture spontanée est inévitable. Doit-on dans ce cas laisser à la nature le soin d'établir la fistule, ou faut-il l'intervention de l'art? Nous n'hésitons pas à conseiller ce dernier parti. La fistule spontanée pouvant se faire sur un point plus désavantageux qu'utile, la main du chirurgien serait tôt ou tard obligée de corriger un défaut que l'on aurait su éviter.

Entre autres exemples probants, je choisis dans mes notes cette observation.

Un enfant de sept ans atteint depuis une année de mal de Pott lombaire, avec abcès par congestion et ulcération spontanée, entre à l'hôpital le 22 janvier 1854, dans le marasme avec une fièvre hectique. Les dernières vertèbres lombaires sont malades. On observe au dos de larges ulcérations, suite de cautères, avec décollement considérable de la peau; au ventre, vers le milieu du pli de l'aine, ouverture de l'abcès, qui part des lombes, suit le psoas, et forme une poche au niveau de l'épine antéro-supérieure de l'os des iles. De ce point part un trajet fistuleux sous-cutané aboutissant à l'ouverture extérieure; la suppuration, qui est très-abondante, coule mal. Je pratique sur la poche une contre-ouverture par laquelle l'écoulement est plus facile, complet, moins gênant pour le malade, qui succombe toutefois le 8 février 1855. L'autopsie vérifia le diagnostic.

Que l'on ouvre ou ponctionne un abcès, doit-on le vider complétement? Les uns, comme Boyer, veulent un écoulement partiel du pus; d'autres, comme Larrey, Lisfranc, l'évacuation totale. La solution de cette question ne peut être uniforme dans tous les cas. Il y a un avantage incontestable à vider en entier

un foyer d'une petite étendue, en contact presque immédiat avec son lieu d'origine, comme un abcès dorsal, lombaire, chez un individu d'une santé peu altérée. S'agit-il au contraire de ces vastes collections à long cours, sur des organismes plus ou moins délabrés, il y aurait imprudence à former tout à coup au sein de l'économie des vides considérables, de larges surfaces suppurantes, appelant de toute part la masse du liquide déjà insuffisante à la vie.

Ce que nous avons dit des injections iodées établit assez que cette médication ne saurait absorber le traitement général des abcès par congestion liés à une maladie de la colonne vertébrale. Leur rôle, à notre avis, est plus modeste.

Moyens adjuvants, les préparations iodées occupent le premier rang comme liquide propre à mondifier les parois des foyers purulents ou des trajets fistuleux. Leur usage est subordonné à l'ouverture des collections purulentes.

Est-il besoin d'ajouter que, si la maladie principale se guérit, si les sources de la suppuration se tarissent, on aidera le recollement et la cicatrisation des points opposés des parois de foyer ou de fistule à l'aide d'injections irritantes, de cautérisation légère, soutenue par des bandages compressifs.

On le voit, le traitement des abcès par congestion symptomatiques d'une lésion vertébrale ne peut, et par conséquent ne doit pas être formulé d'une manière uniforme et absolument identique. Sans doute, nous avons admis une méthode générale de préférence à toutes autres, mais sous la réserve formelle de tenir compte d'un certain nombre de circonstances propres à en éloigner l'application. Ici, comme dans beaucoup d'autres questions médicales, cette appréciation peut offrir des difficultés. *Judicium difficile.*

Propositions.

1° Sauf quelques exceptions, abandonner à eux-mêmes les abcès par congestion symptomatiques d'une lésion de la colonne vertébrale, telle est la méthode générale de traitement.

2° Les incisions et les ponctions sous-cutanées sont d'une utilité incontestable quelquefois.

3° Les injections subordonnées à l'ouverture des abcès ne sont qu'une médication adjuvante avantageuse.

OBSERVATIONS.

I. OBSERVATION DE BENSSE.

Abcès par congestion au-dessous de l'arcade crurale. — Ouverture. — Guérison en quinze mois. (*Gaz. méd. de Paris*, 1836, p. 732.)

La demoiselle X..., lymphatique, issue de parents malsains, habitant depuis longtemps un rez-de-chaussée voisin d'un ruisseau, sentit à l'âge de treize ans une douleur assez forte vers la première et la seconde vertèbre dorsale. Cette douleur fut suivie au bout d'un mois d'un développement très prononcé de ces deux points osseux. Deux mois après, la malade s'affaiblit : douleurs dans le trajet de la colonne vertébrale jusqu'aux lombes; apparition un peu au-dessous de l'arcade crurale d'un abcès qui acquit en quinze jours un volume considérable. Ouverture de six lignes de diamètre, écoulement de quatre verres de pus mal lié et floconneux. Mèche de charpie dans l'ouverture ; diminution du pus, cicatrice de l'incision en vingt jours (vésicatoires et cautères sur la gibbosité, toniques à l'intérieur). Un mois et demi après le foyer se remplit de nouveau. Seconde ouverture; fistule consécutive qui dura quinze mois; injections de décoctions de plantes aromatiques, de kina et de chlorure de sodium. Après des alternatives nombreuses de crainte et d'espérance, elle guérit en quinze mois. A l'époque où l'auteur publiait ce fait la guérison datait de quatre ans.

II. OBSERVATION DE RUST.

Plusieurs abcès par congestion produits par une lésion de la colonne cervicale. — Large incision des foyers.—Injection stibiée.—Guérison en un an. (*Magasine*, 1837, n° VIII, reproduite dans les *Arch. gén. de méd.*, 1837, t. XIV, p. 497.)

Le nommé H..., âgé de trente-cinq ans, lymphatique, ressentit tout à coup une violente douleur étendue de la nuque à l'oreille gauche, gênant les mouvements de

la tête, qui s'inclina du côté gauche. Des symptômes généraux graves se montrèrent; au bout de quelque temps, collection purulente à la nuque; elle fut ouverte et donna issue à plusieurs onces de pus. Un second abcès fut incisé dans la région sus-claviculaire gauche, une grande quantité de pus sortit aussi spontanément par l'oreille du même côté. Le malade était en proie à une fièvre hectique, lorsqu'une vaste collection purulente se forma dans le dos, s'étendant depuis l'omoplate à la première vertèbre lombaire; l'ouverture donna lieu à l'issue d'une énorme quantité de pus. A partir de ce moment l'état du malade s'améliora.

Les ouvertures étant restées fistuleuses, en enfonçant une sonde dans celle pratiquée au cou, on arrivait dans l'épaisseur des muscles profonds de cette région et du dos. Des débridements furent pratiqués; le supérieur, prolongé jusqu'à l'oreille, conduisit à une vaste poche située entre les vertèbres cervicales et la partie supérieure du pharynx; pour y arriver, l'opérateur divisa le muscle sterno-mastoïdien et l'artère occipitale. Depuis ce jour l'amélioration se prononça. Deux abcès se formèrent encore, l'un au niveau de la quatrième vertèbre cervicale, l'autre au-dessous de l'occipital; ils furent ouverts sans accidents. Des injection scomposées de 8 grains de tartre stibié par once d'eau amenèrent la guérison des fistules. Le malade était bien guéri après un an, ayant une ankylose qui maintenait la tête assez fortement penchée du côté droit.

III. OBSERVATION DE LALLEMAND.

Abcès par congestion, au périnée, dépendant d'une carie lombaire, simulant pendant six ans une fistule à l'anus. — Complications graves et multipliées. — Incision. — Trente cautères sur le rachis. — Guérison en huit mois. (*Arch. gén. de méd.*, 1835, t. VII, p. 474.)

J. D..., cultivateur, n'avait rien éprouvé jusqu'à l'âge de dix-neuf ans, époque à laquelle il se forma une tumeur au côté gauche de l'anus, qui suppura et se transforma en fistule; elle n'altéra pas sa santé, puisqu'à vingt-deux ans il fut pris pour le service militaire.

Pendant trois années il fit régulièrement son service, quoiqu'il éprouvât des douleurs au dos et aux lombes. Il entra en octobre 1832 à l'hôpital de Montpellier pour se faire opérer de sa fistule, qui datait de six ans. Après des recherches infructueuses pour trouver l'orifice anal de la fistule supposée, le chirurgien perça le rectum à une hauteur convenable, et l'incisa avec les parties molles embrassées par la sonde.

Les jours suivants il y eut tuméfaction des parties voisines de la fistule, avec fièvre continue, accompagnée d'exacerbations le soir.

Le 4 décembre, Lallemand, explorant la place fistuleuse, trouva un petit fragment d'os, qu'il crut voir entraîné là par les matières fécales. Le lendemain il pratiqua une ponction à la tumeur de la fesse; il en sortit du pus très fétide, noircissant la sonde d'argent; trouvant la peau décollée dans une grande étendue du côté de la fistule, il l'incisa crucialement pour trouver la communication de cet abcès avec

le trajet fistuleux. Il rencontra dans plusieurs points de nouveaux fragments osseux. Leur nombre et surtout leur aspect lui firent aussitôt examiner la colonne vertébrale, et il lui fut facile d'y constater une courbure anormale vers le milieu du dos, et une saillie bien prononcée de l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre lombaire ; le sacrum était lui-même proéminent.

Ce n'était donc pas une fistule, mais un abcès par congestion dont il fallait combattre la cause ; la position du malade était très grave.

Du 4 au 14 décembre, huit cautères furent placés le long de la colonne vertébrale. A la suite de leur emploi la fièvre diminua, la suppuration fut moins fétide. Le 1er février, ouverture d'un nouvel abcès à la fesse. Le 4 février, deux cautères au dos.

Le 11, apparition d'un autre abcès à l'aine gauche, communiquant avec les fistules de la fesse ; on place quatre cautères aux lombes et au dos.

Le 18 mars, ouverture spontanée d'un abcès à la partie supérieure et interne de la cuisse, ponction de la tumeur de l'aine, issue d'un pus infect.

Nouveaux cautères continués jusqu'au mois d'août, époque à laquelle les fistules se cicatrisent successivement ; l'embonpoint reparaît, le malade se lève et marche mieux de jour en jour ; enfin la guérison se complète.

IV. OBSERVATION (recueillie par nous).

Tuberculisation dorsale, depuis six ans ; courbure considérable. — Abcès lombaire. — Incision. — Suppuration abondante. — Marasme. — Mort huit mois après l'ouverture de l'abcès.

X..., âgé de quatorze ans, est atteint depuis six ans de mal de Pott occupant la partie inférieure de la région dorsale ; la courbure est prononcée à un tel point que l'enfant reste continuellement plié en deux ; la paraplégie est complète, elle est accompagnée de contractures des extrémités inférieures. Le malade est à l'hôpital depuis le mois de mai 1847 ; un abcès se forme à la partie postérieure du rachis au niveau de la courbure ; cet abcès, longtemps stationnaire, est ouvert au mois de juillet 1850 ; il se forme une fistule qui ne se ferme plus, la suppuration est constante, copieuse, sans odeur putride. Le malade tombe dans le marasme et meurt le 12 mars 1851, huit mois après l'ouverture de l'abcès.

Autopsie. — Vaste caverne vertébrale creusée dans les dernières vertèbres dorsales et remplie de matière tuberculeuse desséchée ; les ganglions bronchiques contiennent des tubercules calcaires ; les poumons sont sains.

V. OBSERVATION (provenant de nous).

Abcès par congestion à la cuisse et à la fesse, avec gibbosité dorso-lombaire. — Ponctions sous-cutanées. — Injection iodée une seule fois. — Guérison en moins d'un an.

Ch. Fr..., âgé de cinq ans, entre à l'hôpital le 10 juillet 1854 : il est atteint d'un mal de Pott dorso-lombaire avec gibbosité peu considérable ; la fesse et la cuisse

gauches sont le siége d'un énorme abcès par congestion ; la tumeur est divisée en deux parties, l'une antérieure interne, l'autre postérieure, qui se rejoignent sous le bord inférieur du muscle grand fessier ; la circonférence du pli de l'aine est de 40 centimètres. La longueur de la tumeur, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, a 26 centimètres dans son grand diamètre. L'abcès occupe la fosse iliaque externe en entier ; il s'étend sous le grand fessier et descend jusqu'à la partie inférieure de la cuisse ; le pus est sans doute sorti par l'échancrure sciatique.

La peau est très distendue par l'abcès. La santé générale est satisfaisante, l'enfant n'a pas de fièvre; il a de l'appétit, il marche et se promène, comme s'il n'était pas malade.

Le développement de la poche purulente fait croire à la nécessité d'une ponction, que l'on retarde à cause d'une éruption de rougeole.

Le 21 juillet, le malade est chloroformisé ; nous ponctionnons et nous pratiquons une injection iodée (iode, 5 grammes ; iodure de potassium, 15 grammes ; eau, 300). Une fistule s'établit. L'écoulement du pus est continuel sans devenir de mauvaise nature.

Le 25 juillet, le malade se lève et marche ; les parois de l'abcès ont de la tendance à se rapprocher. L'invasion du choléra force à faire évacuer la salle. Ce petit malade va chez ses parents. On le croit perdu de vue, lorsque le 25 avril 1855 il rentre : l'abcès a totalement disparu, la fistule est bien fermée ; sa santé est satisfaisante ; la gibbosité persiste, et le membre malade n'exécute pas avec facilité tous ses mouvements.

VI. OBSERVATION.

Mal de Pott dorso-lombaire. — Abcès des lombes. — Guérison par les injections iodées. — Trois ans après, nouvel abcès dans la cuisse. (*Observation personnelle.*)

G. X..., âgé de cinq ans, malade depuis trois ans, entre à l'hôpital le 1er juillet 1851 ; il est atteint d'une courbure vertébrale angulaire occupant les dernières vertèbres dorsales et les premières lombaires. Un abcès considérable existe à la région lombaire. Toutes ces lésions se sont produites peu à peu et sans douleur. L'enfant conserve la liberté de ses mouvements ; il marche le corps plié en avant. On prescrit l'huile de foie de morue et des bains aromatiques. Les parois de l'abcès étant fortement distendues, on se décide le 18 juillet à pratiquer une ponction sous-cutanée et à faire une injection iodée. Le malade est chloroformisé. La ponction donne issue à une grande quantité de pus bien lié ; on injecte dans la tumeur un liquide composé de 30 grammes de teinture d'iode, de 4 grammes d'iodure de potassium et d'environ 200 grammes d'eau ; l'injection ne donne lieu à aucun accident consécutif ; l'abcès diminue de volume. Au mois de septembre, on pratique une nouvelle ponction avec injection iodée : la tumeur diminue sensiblement. Au mois de décembre, la sécrétion purulente augmente. Une ouverture fistuleuse se forme au commencement de l'année 1852 ; l'écoulement de pus est continuel, et les dimensions de l'abcès diminuent rapidement. L'enfant est successivement atteint d'une

ophthalmie catarrhale et de la coqueluche. Malgré ces maladies intercurrentes, sa constitution ne s'altère pas, il continue l'usage d'huile de foie de morue. La fistule se réduit peu à peu à un suintement insignifiant ; on lave toujours la plaie avec du vin aromatique. L'enfant sort de l'hôpital le 4 août 1852 (treize mois après la première ponction), conservant une légère fistule, mais se trouvant dans un état aussi satisfaisant que possible.

Cet enfant pouvait à la rigueur être considéré comme guéri, lorsqu'il se présenta de nouveau dans les premiers jours de février 1855. La courbure vertébrale était restée la même, l'abcès lombaire était guéri ; mais il s'était prononcé un nouvel abcès par congestion, occupant presque toute l'étendue de la cuisse gauche. La santé générale de l'enfant n'était pas altérée ; il marchait sans trop de difficulté ; l'état des téguments permettait de différer l'ouverture de l'abcès. L'enfant ne s'est pas remontré depuis cette époque.

VII. OBSERVATION.

Tubercules enkystés dans les corps des trois dernières vertèbres lombaires. — Abcès très volumineux de la fosse iliaque gauche et de la partie supérieure externe de la cuisse correspondante. — Ponction et injections iodées. — Mort le septième jour du traitement.

Un homme, âgé de quarante-cinq ans, entre à l'hôpital le 17 mars 1855. D'assez bonne constitution, d'une intelligence un peu obtuse. Il n'a jamais été malade, seulement il souffre, sans cause connue, depuis un an, dans la région dorsale. Dès le 11 novembre 1854, apparition d'une tumeur à l'aine gauche.

État actuel, constaté le 17 mars 1855 : Léger amaigrissement, état de pâleur générale. Peau sèche, léger mouvement fébrile ; peu d'appétit, soif. Tumeur très volumineuse occupant toute la fosse iliaque gauche et la partie supérieure de la cuisse correspondante, fluctuante, très étendue par le liquide. Il n'y a pas de déviation vertébrale ; un peu de douleur dans la région lombaire. Rien du côté de la poitrine.

Le même jour, ponction par laquelle on retire 2 litres de pus blanc et inodore. Avant l'écoulement complet du pus, injection de 250 grammes de teinture d'iode pure qu'on laisse en entier dans la poche. Peu de douleur à la suite de l'injection. Rien de nouveau les jours suivants.

Le 20 mars, abcès aussi plein que la première fois ; le foyer n'a offert aucune modification dans ses parois. Orifice de la poitrine cicatrisé. Nouvelle ponction, nouvelle injection de 250 grammes laissée dans la tumeur. Un fait à noter, c'est que le pus a la même couleur que la première fois, malgré l'injection iodée.

Rien de nouveau le lundi matin et les jours suivants dans la poche, à l'exception de quelques élancements douloureux, que l'on calme avec une pilule de 0,05 d'extrait gommeux d'opium. La poche purulente est aussi volumineuse qu'avant les ponctions ; après l'administration de la pilule opiacée, qui eut lieu le 23 au soir, un état de somnolence s'empara du malade ; il augmenta dans la journée

du 24 et du 25, et sans autre symptôme il succomba le 25 mars au soir, sept jours après la première ponction.

Autopsie. — Organes un peu exsangues ; aucune lésion des poumons, du foie, des reins et de la rate. Appareil digestif distendu par des gaz. Vessie remplie d'urine incolore. Cerveau exsangue; mais en enlevant l'arachnoïde et en coupant les ventricules sur place, il s'écoule une très grande quantité de sérosité claire et transparente.

Les intestins enlevés, on voit une large poche pleine de pus occupant la gaîne des psoas : en l'incisant en bas, elle se prolonge à la partie supérieure et externe de la cuisse, s'arrêtant en arrière au niveau du petit trochanter. En haut, cette poche gagne la partie inférieure de la région lombaire de la colonne vertébrale, toutefois on ne peut arriver sur les vertèbres malades que par deux pertuis que l'on a bien du mal à trouver.

Les deux dernières vertèbres lombaires offrent sur leur corps chacune une excavation de la grandeur d'une noix, remplies de matière purulente. Le tissu osseux est hypertrophié, dur ; les fibro-cartilages sont intacts.

VIII. OBSERVATION.

Tuberculisation de plusieurs vertèbres dorsales. — Vaste abcès par congestion envahissant la cuisse et la fesse. — Injections iodées souvent répétées. — Rétrécissement des foyers purulents sans améliorations de la lésion osseuse. — Pus de bonne nature jusqu'aux derniers moments de la vie. — Marasme. — Mort. — Durée du traitement, quatre mois. (*Observation personnelle.*)

J. Th..., âgée de neuf ans, d'une faible constitution, d'un tempérament lymphatique, est atteinte du mal de Pott depuis cinq ans. Elle a éprouvé d'abord de la douleur dans le dos et de la gêne en marchant. Ces premiers accidents ont été méconnus, et l'on a attribué à une chute la lésion de la colonne vertébrale, lorsqu'on l'a constatée pour la première fois.

Le 25 mars 1852, la malade nous est envoyée à l'hôpital. Elle présente à la partie inférieure de la colonne dorsale une courbure angulaire, qui comprend cinq ou six vertèbres de cette région ; il n'y a aucune trace de déformation rachitique. La cuisse gauche est le siége d'un énorme abcès, qui descend jusqu'au genou. Cette tumeur est divisée en deux parties, l'une antérieure et interne, commençant au pli de l'aine, l'autre postérieure et externe, comprenant la fesse et la cuisse. La malade souffre médiocrement, elle n'a pas de fièvre ; elle marche avec peine ; elle digère facilement et mange avec appétit ; on n'observe aucun dérangement notable des principales fonctions organiques. Un traitement général fut d'abord institué. On prescrit à la malade l'huile de foie de morue, les bains alcalins et aromatiques, l'usage de la viande et du vin. La tumeur devient de plus en plus volumineuse ; le 17 mai, on se décide à la ponctionner. Le trocart, introduit par la méthode sous-cutanée dans la poche postérieure, donne issue à un pus jaunâtre mêlé de grumeaux,

qui, à diverses reprises, s'introduisant dans la canule, rendent l'écoulement du pus difficile. La poche antérieure se vide incomplétement.

Le 19 mai, une ponction est faite à cette seconde poche et l'on y introduit une injection composée de 10 grammes de teinture d'iode, 4 grammes d'iodure de potassium et 300 grammes d'eau. On chloroformise la malade pendant vingt-sept minutes.

L'injection ne détermine qu'une faible douleur et la plaie reste fermée.

Le 22 mai, on endort de nouveau la malade pendant vingt-huit minutes, et l'on pratique une injection dans la poche externe, en laissant le contact du liquide se prolonger pendant dix minutes.

Le 24 mai, nouvelle injection dans les deux poches : on y laisse une partie du liquide. Assez vives douleurs qui se calment le soir.

Le 26 mai, même opération. La poche externe s'était ouverte par deux points fistuleux et s'était vidée dans la nuit.

On fend la poche dans une longueur de 8 centimètres. On constate que l'abcès est borné en arrière à l'insertion fémorale du grand fessier, et qu'en dedans et en haut il communique avec la poche interne. On introduit dans la poche incisée de la charpie imbibée du liquide de l'injection. On fait dans la poche interne une injection iodée, qu'on y laisse en partie. Dans la soirée, l'enfant a un peu de fièvre; abcès douloureux.

Le 27 mai, nouvelle anesthésie, pansement de la veille. La poche externe fournit peu de suppuration ; l'interne tend à diminuer, ses parois sont plus épaisses. 28, 29, 30 mai, chaque matin *ut supra*.

L'état général paraît peu souffrir ; l'enfant a de l'appétit, du sommeil. La fièvre est modérée; les poches se rétrécissent, le fond de l'externe bourgeonne sur le fémur.

1er et 3 juin, nouveaux pansements; l'amélioration locale continue. Le 5 juin, contre-ouverture à la poche externe et pansement iodé; les 7, 9 et 10 juin, *idem*.

11 juin, membre gauche un peu œdématié, pouls de 90 à 100. Même pansement local ; au traitement général, on ajoute pilules de Valette, et sirop de quinquina.

14 juin, beaucoup de pus s'est écoulé pendant la nuit ; une poche abdominale semble s'être vidée par l'abcès.

Jusqu'au 17 juin, rien de nouveau. Mais, dans la soirée, un accès de fièvre précédé de frisson se déclare. Le 18, accès semblable à celui de la veille, mais plus léger. 30 centigrammes de sulfate de quinine répétés pendant trois ou quatre jours arrêtent la fièvre.

Du 25 juin au 14 juillet, malgré le pansement, la suppuration est bien plus abondante. On endort la malade pour la vingtième fois; la poche interne est remplie du pus, l'externe ne s'améliore pas. On pratique une contre-ouverture à la partie postérieure de la cuisse en divisant derrière le grand trochanter les dernières fibres du grand fessier. La contre-ouverture communique avec la poche externe, qu'elle doit contribuer à fermer en donnant un écoulement plus libre au pus, et avec la poche interne en contournant l'os en arrière.

Ces diverses incisions permettent d'arriver plus facilement à la poche abdominale qui s'étend jusqu'aux vertèbres lésées. Une sonde introduite dans ce trajet fistuleux y parcourt une longueur de 28 centimètres, et s'élève jusqu'au niveau de l'incurvation vertébrale. Une injection iodée est poussée par cette sonde jusqu'à la partie supérieure de la poche abdominale; il faut peu de liquide pour la remplir. Cette injection n'est pas plus douloureuse que les autres.

Les jours suivants, la suppuration continue à être abondante; elle passe par la dernière contre-ouverture surtout. La malade s'affaiblit et pâlit.

Dans le courant du mois d'août, pansement et injections iodées continuées deux fois par semaine. La suppuration ne diminue pas; les poches externes se rétrécissent; la sonde n'arrive plus à la hauteur de la lésion rachidienne. On continue l'huile de foie de morue, les pilules de Valette, le sirop de quinquina, les bains aromatiques, et l'usage d'une nourriture substantielle; la malade est levée et portée au grand air.

Malgré tous ces soins, la suppuration reste à un demi-litre par jour; la malade s'affaiblit.

Dans les premiers jours de septembre, le pus devient fétide, l'affaiblissement fait des progrès rapides, et la malade, arrivée au dernier degré du marasme, succombe le 7 octobre.

Autopsie. — Rien à noter dans les organes splanchniques. Destruction des six dernières vertèbres dorsales; poche fibreuse au devant de ces vertèbres et communiquant par un trajet fistuleux avec les vastes abcès de la cuisse par la gaîne des muscles psoas et iliaque.

MÉMOIRE

SUR QUELQUES POINTS DE L'HISTOIRE

DES FAUSSES ARTICULATIONS

ET

SUR UN PROCÉDÉ OPÉRATOIRE QUI LEUR EST APPLICABLE,

Par M. le docteur DENUCÉ,
Professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Bordeaux.

Les divisions du squelette comme celles des parties molles se réunissent au moyen d'une lymphe plastique qui s'épanche et s'organise entre les parties divisées. Entre les fragments d'une fracture, la lymphe qui s'organise, se transforme au voisinage immédiat de l'os en tissu osseux, et à une certaine distance de l'os en tissu fibreux. Lorsque les extrémités osseuses sont suffisamment rapprochées, la transformation osseuse s'étend d'un os à l'autre, et constitue une véritable soudure qu'on appelle *cal osseux*. Dans le cas contraire, il reste une portion fibreuse intermédiaire que l'on désigne sous le nom de *cal fibreux*.

Ces divers phénomènes de restauration s'accomplissent sous l'influence d'un travail inflammatoire, qu'il est très important, pour le sujet qui nous occupe, d'étudier et de connaître.

L'inflammation qui se développe autour des fragments d'une fracture peut se présenter sous la triple forme *adhésive*, *ossifique* ou *suppurative* (1). Les deux premières formes sont nécessaires pour la consolidation des fractures. La troisième ne se rencontre que dans des circonstances exceptionnelles.

(1) Hunter, trad. franç., t. I, p. 561.

L'*inflammation adhésive* détermine l'épanchement de la lymphe plastique, et son organisation en un tissu résistant, destiné à relier les deux fragments. Elle ne manque que dans des circonstances très rares : lorsque, par exemple, l'un des fragments est extrêmement petit, dépourvu de son périoste, devenu pour ainsi dire étranger à la circulation. C'est ce qui arrive dans les fractures comminutives pour certaines esquilles. Quand les deux fragments ont cessé d'être en présence, l'inflammation adhésive, qui ne peut s'exercer entre eux, s'exerce du moins entre chacun d'eux et les parties environnantes, et amène toujours une certaine union de l'os avec les tissus fibreux ou musculaires voisins.

L'*inflammation ossifique* est celle qui détermine la transformation osseuse du tissu qui s'est organisé entre les deux fragments. L'inflammation ossifique n'agit que jusqu'à une certaine distance de chaque extrémité osseuse. L'étendue de son action varie : 1° en raison du degré de vitalité des parties sur lesquelles elle s'exerce ; 2° en raison du degré d'énergie et de persistance des irritations accidentelles qui peuvent se produire dans le foyer de la fracture ou dans son voisinage.

Ainsi, par exemple, sous le rapport de la vitalité des parties affectées, il est constant que sur les membres paralysés (1), sur ceux dont l'artère principale a été liée (2), dans les fractures dont les fragments offrent peu de vascularité, comme celles de la rotule, du col du fémur, celles qui présentent des esquilles libres et petites, la formation osseuse est chétive et aboutit souvent à un cal fibreux. Lorsqu'au contraire la fracture siége au voisinage de l'artère nourricière des os, surtout dans la partie de l'os vers laquelle cette artère se dirige (3), lorsque

(1) Malgaigne, *Traité des fractures*, p. 144.
(2) Dupuytren, *Leçons orales*, t. II, p. 507.
(3) Gréterin, A. Bérard, Curling, etc. V. Gréterin, *Presse médicale*, p. 45.

le périoste, tissu toujours très vasculaire, n'a pas abandonné les fragments, ou, s'il a été déchiré, présente ses lambeaux dans le foyer même de la fracture, le travail d'ossification est plus fécond et plus étendu.

Quant aux irritations accidentelles qui peuvent exercer une action sur le foyer d'une fracture, elles ont pour effet constant d'augmenter la vascularité des parties sur lesquelles elles retentissent, et de rendre ainsi plus actif et plus étendu le travail d'ossification qui se fait sur ces parties. Une réserve importante doit être faite cependant. Dans le travail de l'ossification, l'inflammation dite *ossifique* ne fait que préparer la formation osseuse. Celle-ci se manifeste surtout au déclin de l'inflammation. Les irritations dont la durée se prolonge autour du foyer d'une fracture doivent donc *retarder* la soudure osseuse, tout en la rendant plus certaine. On peut à ce propos établir la proposition suivante : *Une inflammation accidentelle, éveillée et entretenue dans le foyer d'une fracture ou dans son voisinage, retarde l'ossification du cal, mais augmente l'étendue de cette ossification.* Il n'est pas difficile de présenter des faits propres à confirmer cette double assertion. Il est démontré, en effet, que de larges ulcères, un phlegmon, un abcès périphérique, retardent la consolidation d'une fracture ; mais, d'autre part, il est aussi admis que des vésicatoires, des cautères, des sétons de voisinage, une confrication énergique entre les fragments d'une fracture qui ne se consolide pas, ont contribué à en amener la consolidation.

L'*inflammation suppurative* se développe en général lorsque l'air pénètre dans le foyer de la fracture. Il se forme alors une cavité suppurante bornée par une membrane pyogénique plus ou moins ramifiée, suivant que la suppuration est circonscrite ou diffuse. En dedans de cette cavité il peut se trouver des esquilles ou des portions d'os dénudées qui se nécrosent et

s'exfolient. En dehors la lymphe plastique épanchée n'en continue pas moins son évolution réparatrice (1). Les fractures suppurées présentent, à un très haut degré, l'exemple de ces irritations qui retardent l'ossification, mais augmentent son étendue. Les réparations osseuses que l'on voit se produire à la suite des plaies par armes à feu, qui s'accompagnent si souvent de larges pertes de substance, ne laissent aucun doute à ce sujet.

L'exposé succinct que nous venons de faire des phénomènes physiologiques de la consolidation des fractures permet de mieux saisir l'histoire de celles qui ne se consolident pas, et qui constituent les *fausses articulations* ou *pseudarthroses*. Nous étudierons successivement les *causes* qui les produisent, les *formes* qu'elles revêtent, les *terminaisons* qu'elles présentent, et le *traitement* qui leur est applicable.

Causes des pseudarthroses. — Nous laisserons de côté les *causes accidentelles*, soit générales, soit locales, soit médicales, soit chirurgicales, qui sont indiquées dans tous les traités comme pouvant empêcher ou retarder la formation du cal ; nous ne voulons parler que de celles qui peuvent se présenter, et qui se présentent, en effet, chez les gens les mieux constitués et dans les meilleures conditions de santé ordinaires. Ces causes, que l'on peut désigner sous le nom de *physiologiques*, sont de beaucoup les plus importantes et les plus fréquentes ; elles sont au nombre de trois :

(1) Le rôle des bourgeons charnus dans la réunion des fractures n'est pas encore nettement établi ; lorsque la guérison arrive, la cavité purulente tend à revenir sur elle-même, les bourgeons charnus qui la tapissent se rapprochent, adhèrent entre eux. Il est infiniment probable qu'ils se changent alors en un tissu fibreux qui, comme celui qui provient directement de la lymphe plastique, tend à s'organiser sous forme de tissu osseux. Si Hunter a exagéré l'importance du rôle que jouent les bourgeons charnus dans la consolidation des fractures, M. Malgaigne me paraît l'avoir trop amoindrie. Il considère presque exclusivement la manière dont se comportent les bourgeons charnus à une extrémité osseuse libre, et il me paraît perdre de vue ce qui se passe dans une cavité dont les parois adhérentes aux os doivent se réunir pour que la cicatrisation ait lieu.

1° L'écartement des fragments;

2° Leur mobilité incessante;

3° L'interposition d'une portion de parties molles, par exemple d'un faisceau musculaire entre les fragments.

1° L'*écartement des fragments* est dû, soit à une perte de substance osseuse, comme dans beaucoup de plaies par armes à feu, soit à l'action musculaire qui sépare directement les deux fragments, comme dans les fractures de rotule; soit à une combinaison du chevauchement et de l'action musculaire, comme cela se passe dans les os longs des membres, et notamment dans les segments de membre à un seul os, tels que le bras et la cuisse.

Lorsque les extrémités des fragments sont trop éloignées pour que le travail d'ossification qui se fait à chacune d'elles puisse combler l'espace qui les sépare, on comprend que la substance intermédiaire qui les unit reste fibreuse dans une portion de son étendue.

2° *La mobilité incessante des fragments.* — Cette mobilité peut tenir à un défaut de contention, à des appareils mal appliqués. A ce point de vue, elle ne doit pas nous occuper. Mais elle tient souvent aussi à la disposition même des fragments. Elle a surtout lieu lorsque la fracture siége à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de l'humérus ou du fémur. Le fragment supérieur se trouve d'une part soumis à l'influence des muscles puissants du bassin ou de l'épaule, qui s'insèrent aux tubérosités de ces deux os, tandis que d'autre part, sa brièveté, sa position à la racine du membre le font échapper aux moyens de contention ordinaire (voy. obs. II°). Lorsque les fragments ne cessent pas de jouer l'un sur l'autre, la production osseuse se trouve limitée sur chacun d'eux par l'espèce d'usure réciproque qui en résulte, et qui de plus empêche leur adhésion. Ce n'est qu'à la circonférence, à

une certaine distance du centre de la fracture, que la lymphe plastique épanchée peut s'organiser, mais alors sous la forme fibreuse. Les fragments cicatrisés isolément jouent l'un sur l'autre, et ne sont réunis que par des liens fibreux périphériques.

3° *L'interposition des parties molles entre les fragments.* — Cette cause de non-consolidation peut se présenter dans toutes les fractures des os longs. On conçoit, en effet, que, lorsqu'il y a écartement des fragments, les parties molles circonvoisines doivent avoir de la tendance à se placer entre eux; mais elle agit plus particulièrement dans les fractures de l'humérus et du fémur. On sait que ces os sont immédiatement entourés d'une sorte de gaîne musculaire adhérente à toute l'étendue de l'os. Les fragments, pour peu qu'ils soient aigus, comme dans les fractures obliques, tendent à s'écarter l'un de l'autre, à chevaucher l'un sur l'autre, et s'échappent chacun de son côté à travers cette gaîne, qui se trouve ainsi interposée entre eux (voy. obs. Ire). Dès lors chaque fragment se cicatrise isolément, mais, comme nous l'avons vu, contracte encore des adhérences avec les parties voisines. Le cal n'existe pas en réalité; les adhérences avec la partie interposée en tiennent lieu et constituent une sorte de cal fibro-musculaire.

Forme des pseudarthroses. — Les pseudarthroses se présentent sous trois formes principales :

1° Les extrémités osseuses sont directement unies par un cal fibreux plus ou moins long. Cette forme est de beaucoup la plus fréquente. Elle peut être désignée sous le nom de *pseudarthrose synarthrodiale* ou de *pseudo-synarthrose*.

2° Les extrémités osseuses restent libres et mobiles l'une sur l'autre, mais sont unies par une sorte de cal fibreux périphérique, qui joue le rôle des ligaments dans les articulations diarthrodiales. Cette forme, longtemps contestée, est aujourd'hui

mise hors de doute par les observations de Sylvestre (1) de Kunholtz, Home, Cruveilhier, Howship, et les expériences faites sur les animaux par Breschet et par M. Malgaigne (2). Elle prend naturellement le nom de *pseudarthrose diarthrodiale* ou de *pseudo-diarthrose*.

3° Les extrémités osseuses se cicatrisent isolément au sein des parties molles. Cette forme est peut-être moins rare qu'on ne le pense généralement. Elle ne se présente pas toujours avec les caractères exagérés que lui assigne M. Malgaigne : « Les fragments sont tout à fait désunis, extrêmement mobiles sous les » téguments ; le membre est alors très raccourci pendant et » incapable de remplir ses fonctions (3). » Le plus ordinairement, le travail de cicatrisation qui s'opère au niveau de la fracture amène la production d'adhérences fibreuses entre chaque fragment et les parties molles dilacérées qui, tout en laissant une grande mobilité entre les fragments, empêche leur désunion complète. Cette variété de fausse articulation peut être désignée sous le nom de *pseudarthrose libre* ou *flottante*.

Les causes que nous avons indiquées comme pouvant amener la production des pseudarthroses ont, comme on le voit, un rapport direct avec la forme que celles-ci peuvent revêtir. Ces causes, que nous avons reconnu être également au nombre de trois, peuvent agir concurremment ; l'une d'elles cependant est toujours dominante. D'une manière générale, on peut établir :

Que l'*écartement des fragments* amènera un cal fibreux, c'est-à-dire une *pseudo-synarthrose*.

Que la *mobilité incessante des fragments* maintiendra l'indépendance des deux bouts fracturés, tout en laissant se former

(1) *Nouvelles de la rép. des lettres*. Bayle, 1785, p. 718.
(2) Malgaigne, *loc. cit.*, p. 159.
(3) Malgaigne, *loc. cit.*, p. 159.

un cal fibreux périphérique, c'est-à-dire produira une *pseudo-diarthrose*.

Enfin, que l'*interposition d'une portion des parties molles entre les fragments* empêchera les bouts fracturés de s'unir directement, et déterminera une *pseudarthrose flottante*.

Terminaisons spontanées des pseudarthroses. — 1° *Pseudo-synarthrose*. — Lorsque le cal fibreux est très dense, très compacte et très court, bien qu'il reste une mobilité appréciable entre les fragments, les fonctions du membre ne sont pas sensiblement altérées. Or on sait, d'une part, que les tissus fibreux de formation cicatricielle jouissent d'une puissance de *rétraction* que Desault a nommée *secondaire*, parce qu'elle s'opère lentement et à la longue. On sait, d'autre part, d'après les travaux de Gerdy, combien les inflammations incessantes et successives donnent de puissance à cette rétraction. On conçoit, par conséquent, qu'un cal fibreux, assez long primitivement pour gêner les fonctions du membre, puisse, avec le temps et sous l'influence des irritations successives que l'usage du membre malade peut entraîner, se condenser et se contracter au point de rendre au membre la presque intégrité de ses fonctions. On sait enfin, depuis la tentative de Withe et les travaux de Hunter, que ces irritations successives éprouvées par le cal fibreux, non-seulement augmentent sa puissance de rétraction, mais réveillent celle d'ossification qui s'était arrêtée à une certaine distance de chaque surface fracturée, et peut substituer ainsi au cal fibreux un véritable cal osseux. Les observations de Ev. Home, d'Inglis, Kluge, Champion et Jacquier (1), dans lesquelles la guérison est survenue par le fait seul de l'usage du membre, sont venues confirmer ce point de doctrine.

(1) Malgaigne, *loc. cit.*, p. 306, 307.

2° *Pseudo-diarthroses.* — Lorsque, par le fait d'une mobilité incessante, la consolidation d'une fracture n'a pas eu lieu, si des circonstances nouvelles, un bandage mieux appliqué par exemple, mettent le membre dans une immobilité complète et prolongée, la consolidation peut être obtenue (1). Il doit se passer dans ces cas quelque chose d'analogue à ce qui s'observe dans les cas d'ankylose par immobilité prolongée d'une articulation. Une vigoureuse inflammation survenant au voisinage ou dans l'intérieur d'une pseudarthrose peut également en amener la guérison. Les travaux de Hunter (2) ont mis en évidence les effets *ossifiques* des inflammations qui frappent les articulations et produisent l'ankylose par ossification des ligaments ou des surfaces articulaires elles-mêmes. Ces effets doivent être fort analogues, quand l'inflammation atteint une fausse articulation diarthrodiale.

3° *Pseudarthroses flottantes.* — Ce sont celles qui, par leur nature même, échappent le plus à une guérison spontanée. On comprend cependant, si les parties molles qui séparent les surfaces articulaires sont minces, fibreuses et devenues adhérentes aux os, que comme les deux premières formes de pseudarthroses, une inflammation énergique ou continue puisse développer un travail d'ossification susceptible d'entraîner la consolidation de la fracture.

Traitement chirurgical. — L'exposé que nous venons de faire des moyens suivant lesquels la guérison spontanée des pseudarthroses peut se produire, doit nous servir de guide dans la recherche des moyens chirurgicaux que l'on peut leur substituer quand ils font défaut.

(1) Voyez diverses observations de Larrey, Bérard jeune, Macdowell, Rust, M. Thierry, M. Velpeau, etc., dans lesquelles la consolidation a pu être obtenue à l'aide de l'application d'un appareil inamovible, après plusieurs mois et plusieurs années de fausses articulations (Velpeau, *Méd. opér.*, t. II, p. 585).

(2) Hunter, t. I, p. 579.

Les indications qui se présentent sont les suivantes :

1° Tant que le travail d'ossification n'est pas arrêté, maintenir le membre dans l'immobilité.

2° Entretenir ce travail d'ossification par des manœuvres ou des applications extérieures, quand il paraît sur le point de s'éteindre.

3° Quand il est éteint, le faire renaître en attaquant directement, soit les parties molles de la fausse articulation (cal fibreux, faux ligaments, masses interposées);

4° Soit les parties dures, les extrémités osseuses elles-mêmes.

A chacune de ces indications se rapporte un groupe de procédés chirurgicaux.

1° Dans le premier groupe se rangent les appareils à contention exacte, toujours applicables au début, dont l'action doit être fort prolongée quand il existe une mobilité incessante des fragments, et qu'il ne faut jamais négliger comme moyen adjuvant des autres procédés. Tels sont les *appareils à extension permanente;* les *appareils à contention fixe* de M. Malgaigne; les *gouttières* et *cuirasses* de M. Bonnet, et surtout les *appareils inamovibles* et les *appareils amovo-inamovibles* de M. Seutin.

2° Les procédés qui ont été créés en vue de la seconde indication sont : d'une part, les applications irritantes extérieures, telles que les *vésicatoires* proposés par Walker (d'Oxford); les *cautères à la potasse* par Hartshorne (de Philadelphie); l'*électricité* par Birch. D'autre part, les actions mécaniques transmises de l'extérieur au foyer même de la fausse articulation, telles que la *pression* énergique exercée autour des fragments (Amesbury); le *frottement* des fragments l'un sur l'autre (1), pratique déjà en usage du temps de Celse, et dont on a varié la forme

(1) Velpeau (*Méd. opér.*, t. II, p. 583), Malgaigne (p. 306), citent une dizaine d'observations.

de nos jours en forçant les malades à se servir de leurs membres préalablement mis dans un appareil de contention.

3° A la troisième indication correspondent les procédés suivants : les *aiguilles* passées entre les fragments (Malgaigne, Wiesel); le *séton* passé aussi entre les fragments ou dans leur voisinage immédiat, méthode importante qui a été proposée presque simultanément par Percy et Physick (de Philadelphie); la *ligature* du cal fibreux au moyen d'un fil métallique (Sommé, d'Anvers; Seerig).

4° Enfin, la quatrième indication a été le point de départ de méthodes et procédés plus importants encore. La *résection* des fragments, pratiquée pour la première fois par Withe, en 1760, puis par Wardrop, etc. Comme perfectionnement de cette méthode, M. Flaubert (de Rouen) a proposé la ligature des deux extrémités osseuses, et M. Jordan (1) la transplantation du périoste de l'un des fragments sur l'autre. La *cautérisation* des fragments, employée également par Withe, puis par Cline, par Earle, etc. Le caustique le plus souvent mis en usage est la potasse caustique. M. Mayor s'est servi d'un mode de cautérisation beaucoup moins violent, en conduisant, à l'aide d'une canule de trocart, une tige de fer médiocrement chauffée, entre les fragments. Enfin, la *rugination* des extrémités osseuses qui forment la pseudarthrose, à laquelle se rattachent les noms de Withe, Vincent, Brodie, Ch. Bell, Viricel et Barthélemy (2).

Les procédés des deux premiers groupes n'offrent aucun danger; seulement leur action est excessivement bornée. On peut toujours les essayer, mais, dans la grande majorité des cas, on ne doit pas compter sur eux. Nous faisons toutefois cette réserve pour l'immobilisation, qu'alors même qu'elle ne

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1856, p. 266.

(2) Voyez, pour les détails de ces divers procédés : Malgaigne, *Traité des fractures*, p. 304 et suiv.; Velpeau, *Méd. opér.*, t. II, p. 581 et suiv.

constitue pas un moyen curatif, elle est toujours utile comme moyen auxiliaire.

Les procédés des deux derniers groupes offrent, au contraire, la plus grande importance. Les deux principaux d'entre eux, les plus communément employés, sont : le séton et la résection.

L'emploi du séton et de la résection constitue des opérations sérieuses; il est très important de comparer les résultats de ces deux méthodes. En ne comprenant, dans les faits cités par Norris (1), que ceux qui se rapportent aux os longs des membres, on trouve les résultats comparatifs suivants : Sur 68 cas traités par le séton, on compte 41 succès, 25 insuccès, 2 morts. Sur 61 cas traités par la résection, 36 succès, 19 insuccès et 6 morts. En rapportant ces chiffres à une même proportion, on trouve sur 100, pour le séton, 60 succès, 37 insuccès et 3 morts; pour la résection, 59 succès, 32 insuccès, et 9 morts. L'examen de ces chiffres semble devoir faire donner la préférence presque exclusive au séton. Mais, il faut bien le dire, beaucoup de pseudarthroses, celles qui ont un cal fibreux très allongé, certaines pseudarthroses à extrémités éburnées, surtout les pseudarthroses flottantes, ne peuvent guérir que par l'avivement des surfaces osseuses, tel qu'il se pratique dans la résection.

La résection a donc sur le séton l'avantage de convenir à tous les cas, mais elle expose plus que le séton aux accidents qui accompagnent les grands traumatismes; elle entraîne une mortalité beaucoup plus considérable, et elle ne laisse pas, comme le séton, par la durée plus ou moins prolongée de son emploi, la faculté de graduer pour ainsi dire la quantité d'*inflammation ossifique* nécessaire à la consolidation de la pseudarthrose.

Ces considérations m'ont conduit à penser que le meilleur

(1) Malgaigne, *loc. cit.*, p. 310, 314.

des procédés serait celui qui, aux avantages du séton, joindrait ceux de la résection, en évitant, autant que les ressources de la chirurgie moderne peuvent le permettre, les dangers qu'offre celle-ci.

Au lieu de prendre une à une les indications que présentent les pseudarthroses, et de créer autant de procédés opératoires que d'indications, il m'a paru plus logique de ne pas séparer ces indications et de chercher un procédé qui satisfît à leur ensemble.

A ce nouveau point de vue, ces indications peuvent être présentées sous la forme et dans l'ordre que voici :

1° Aviver les deux extrémités osseuses.

2° Maintenir autant que cela sera nécessaire l'irritation qui entretient la production osseuse.

3 Immobiliser le membre.

Reprenons une à une ces indications, et voyons comment elles peuvent être remplies, et comment, en même temps, on peut atténuer les dangers qu'entraînent à leur suite les moyens d'exécution qui peuvent être employés.

1° La manière la plus simple d'aviver les deux extrémités osseuses, est de faire une incision, de mettre les bouts de l'os à nu et d'en retrancher une portion de chaque côté. C'est là la *résection* à proprement parler. Les inconvénients qu'une semblable manœuvre entraîne après elle sont : une vaste plaie, une dénudation considérable des os ; l'établissement d'un foyer purulent anfractueux au sein même des gaînes musculaires et aponévrotiques ; c'est-à-dire la présence imminente de tous les accidents qui compliquent les grands traumatismes, et notamment les fractures avec issue des fragments : la fièvre traumatique, l'érysipèle, le phlegmon diffus et l'infection purulente.

Dans ces cas de fractures compliquées, la stase du pus, dans une plaie anfractueuse et autour des extrémités osseuses, a été

considérée comme la cause principale de la plupart des accidents. Les contre-ouvertures, les sétons, l'application du drainage chirurgical sont regardés comme les meilleurs moyens à opposer à cet état de choses. Aussi je ne crains pas de proposer, de ne jamais pénétrer entre les extrémités osseuses pour les aviver, sans établir en même temps une contre-ouverture, et de l'ouverture à la contre-ouverture un drain chirurgical pour l'écoulement constant du pus. Cette pratique permet en outre de substituer aux larges incisions des incisions moins considérables. Les grandes incisions sont, en effet, surtout utiles pour laisser toujours une large voie à la suppuration; l'écoulement constant du pus par le moyen que nous venons d'indiquer remplit le même but et avec autant d'efficacité, tandis que la gravité du traumatisme diminue avec l'étendue même de la plaie. D'un autre côté, en recherchant parmi les procédés de rugination, en perfectionnant les instruments qui peuvent la produire, on doit arriver à trouver un instrument assez puissant pour attaquer vigoureusement les surfaces osseuses, pour les aviver, et assez mince pour ne nécessiter qu'une ouverture fort étroite des téguments et des parties qui enveloppent l'os. De la combinaison du séton avec la rugination naît ainsi la possibilité de pratiquer l'avivement de l'os sans incisions, sans larges plaies, par la simple transfixion du membre.

Le séton offre un autre avantage, c'est celui de répondre à la seconde indication. Il permet, en effet, de maintenir l'irritation ossifique aussi longtemps que l'on voudra. Contrairement à M. Malgaigne, je crois que l'on ne peut pas fixer d'une manière absolue la durée de son emploi. Cette durée dépend avant tout du degré d'inflammation ossifique qui est nécessaire pour obtenir la consolidation de la pseudarthrose, et doit varier avec chaque cas.

Enfin, un complément nécessaire du procédé opératoire, qui

ressort des considérations précédentes, est l'emploi de moyens de contention propres à remplir la troisième indication. Ces moyens de contention doivent pour cela : 1° maintenir les os divisés en rapport; 2° les laisser dans une immobilité complète; 3° permettre néanmoins de surveiller le lieu de la fracture, le séton qui la traverse et la suppuration qui en est le résultat. Les appareils amovo-inamovibles combinés pour les membres inférieurs avec les appareils à extension permanente, sont les moyens de ce genre auxquels je donne la préférence.

Les idées que je viens d'émettre ont dû, à diverses reprises, frapper les chirurgiens, seulement elles se sont en général présentées à eux sous une forme incomplète.

Les uns, en effet, comme les deux Withe, Vincent, Brodie, ont cherché simplement, après une large incision des parties molles, à remplacer la résection des extrémités osseuses par une forte rugination ou abrasion. Les dangers de l'opération restent à peu près les mêmes.

Les autres, Charles Bell, Mayor, Blandin, ont porté leur attention sur l'incision des parties molles qu'ils ont voulu rendre aussi petite que possible, juste suffisante pour laisser passer un instrument mince et effilé, destiné à irriter les surfaces osseuses. Charles Bell n'a pas exécuté son procédé. Mayor et Blandin n'ont pas évité l'inflammation phlegmoneuse, qui a nécessité de larges contre-ouvertures. Blandin (1), cependant, avait agi suivant toutes les règles de la méthode sous-cutanée, et n'avait fait pénétrer qu'un bistouri à lame aiguë dans le foyer de la fracture (2).

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1844, p. 557, 569.

(2) Biondi (de Bucharest) paraît avoir eu recours à une méthode analogue avec plus de succès. La seule analyse de son travail que j'aie pu me procurer (*Gaz. des hôpit.*, 1845, p. 64), montre que le procédé le plus communément employé par Biondi est le frottement des extrémités osseuses ; que dans le cas seulement où « ce frottement ne peut être » exécuté avec facilité, comme par exemple à la cuisse, et chez les personnes âgées, il

Deux auteurs me paraissent seuls avoir saisi d'une manière beaucoup plus complète les indications sur lesquelles repose le procédé que je propose.

Ce sont Viricel et Barthélemy. Les seuls renseignements que nous ayons sur le procédé employé par Viricel se trouvent dans la relation du fait suivant, rapporté sommairement par Monfalcon (1) :

« Je n'ai rencontré, pendant six années passées comme élève » et chirurgien dans un des plus grands hôpitaux de l'Europe, » celui de Lyon, qu'un seul fait de non-consolidation d'un os » fracturé. La fausse articulation existait à la cuisse et avait suc- » cédé à la rupture ou plutôt à l'écrasement du fémur, produit » par la chute d'un corps énorme sur le membre. *M. Viricel,* » *chirurgien en chef de cet hôpital, rafraîchit les surfaces osseuses* » *contiguës, au moyen des frottements d'une très grosse lime, et* » *passa entre elles un séton, suivant la méthode de Physick.* Les » plus grands soins prodigués au malade ne purent l'arracher » à la mort; il succomba peu de jours après l'opération. »

Barthélemy (2), de son côté, propose le procédé suivant : « Il est un moyen qui m'a été suggéré par M. Delmas, chef des » travaux anatomiques, auquel je donnerai le nom de scarifi- » cation de l'os... il me paraît présenter tous les avantages de » la résection sans en avoir les inconvénients. Ce moyen con- » siste à faire une incision aux parties molles... L'incision doit » pénétrer jusqu'à la fracture ; par son moyen, on introduit une

» fait pénétrer par la méthode sous-cutanée un instrument tranchant jusque dans le foyer » de la fracture, et incise en tous sens la fausse articulation. » Est-ce seulement dans le but de rendre le frottement possible ou plus facile ? L'analyse ne le dit pas. « Ce chirurgien » affirme que ce procédé lui a toujours bien réussi, et qu'il n'a jamais eu l'occasion de le » voir donner lieu à des accidents consécutifs. » Un seul fait précis vaudrait mieux que cette affirmation.

(1) *Mémoire sur l'état actuel de la chirurgie*, 1816, p. 195.

(2) Thèses de Montpellier, 1814.

» canule d'argent aplatie de 9 *lignes* d'épaisseur sur 4 de largeur,
» dans l'intérieur de laquelle on puisse faire pénétrer une lame
» plane montée sur un manche, et sur une des faces de laquelle
» on aurait fait tailler ou adapter plusieurs pointes tran-
» chantes, qui représenteraient plusieurs lames de scie placées
» parallèlement, et à une ligne de distance les unes des autres...
» Cette espèce de râpe est introduite dans la canule. Celle-ci
» est conduite jusque dans la fausse articulation et est fixée sur
» le bord de l'un des fragments, de manière à protéger les par-
» ties molles, tandis que l'on fait agir la lame à pointes tran-
» chantes sur l'extrémité du fragment, comme si l'on voulait le
» râper... Ayant ainsi scarifié l'os et pénétré dans sa propre
» substance, on retire la lame de la canule et l'on applique
» celle-ci sur l'autre fragment, à l'égard duquel on se com-
» porte de la même manière que pour le premier... La scarifi-
» cation évite le reproche qu'on fait au frottement et au séton
» de ne pouvoir pas assez raviver les extrémités des fragments.
» Elle agit au contraire profondément sur la substance osseuse,
» et l'attaque jusqu'à la partie qui jouit d'une vie active,
» comme le fait la *résection*, sans avoir l'inconvénient de retran-
» cher comme elle une partie du membre et d'en diminuer la
» longueur; en outre, l'incision n'est guère plus considérable
» que celle d'un séton, et ne peut entraîner que peu d'acci-
» dents, tandis que dans la résection, le délabrement est très
» considérable, les suites souvent funestes, et le succès incer-
» tain... Il est une objection que chacun peut faire, c'est que, dans
» le cas où il surviendra à la suite de l'inflammation une suppu-
» ration plus ou moins abondante, la matière, ne trouvant pas une
» issue assez libre, peut, par son séjour, occasionner des acci-
» dents fâcheux. En regardant cette objection comme vraie, il
» serait très facile de remédier à cet inconvénient, *en passant un*

» *séton* dans l'étendue de la plaie, et le faisant sortir du côté » par où la matière peut s'écouler librement. »

Dans le procédé de Viricel, il est infiniment probable que les extrémités osseuses ont été complétement mises à nu avant d'être ruginées. La grossièreté de l'instrument employé pour cette rugination, et le manque de détails précis à ce sujet, le donnent du moins à penser. L'indication que l'auteur s'est proposé de remplir au moyen du séton n'est pas elle-même bien définie. Un séton passé entre des surfaces osseuses avivées ne peut être, en effet, considéré comme une application « de la méthode de Physick ». L'association en principe du séton avec l'avivement des surfaces osseuses me paraît néanmoins un fait important dont l'honneur revient à Viricel.

Dans le procédé de Barthélemy, l'instrumentation devient plus savante. A la dénudation complète des os se substitue une simple incision qui conduit sur les extrémités des fragments de la fracture. Toutefois le volume de l'instrument nécessite encore une plaie assez considérable, et qui, pour la gravité des conséquences, ramène presque l'action traumatique exercée sur les os, dans les conditions des résections ordinaires ; et cela, d'autant mieux que Barthélemy ne considère l'usage du séton que comme un moyen accessoire applicable dans quelques cas seulement.

Voici les détails du procédé que je propose :

Je place préalablement sur le membre malade un appareil inamovible, fait avec du coton, des attelles de carton et des bandes, le tout réuni avec de la colle d'amidon. J'ai soin de marquer le point du membre sur lequel existe la fracture. Lorsque l'appareil est sec, je pratique à l'aide de la pince de M. Seutin, au niveau de la fracture, une fenêtre en forme de valve, qui reste adhérente par son côté postérieur, et qui permet de mettre à découvert un peu plus de la moitié externe de la circonfé-

rence du membre, d'agir par conséquent sur l'épaisseur du membre, et une fois l'opération faite, en relevant la valve et en la fixant par quelques tours de bandes ou de bandelettes de Scultet, de rétablir la continuité du bandage inamovible. Je joins à ce bandage, pour le membre inférieur, un appareil à extension permanente, et j'emploie de préférence celui que j'ai proposé pour les fractures du membre inférieur (1), et qui est d'une grande simplicité. Il se compose : 1° d'une guêtre garnie sur ses côtés de deux courroies terminées par des anneaux; 2° d'un sous-cuisse; 3° d'une longue attelle d'un mètre et demi environ, terminée à chaque bout par une poulie. L'attelle, munie d'un coussin, est placée sur le côté externe du membre. Une corde qui se relie d'une part aux anneaux de la guêtre, d'autre part au sous-cuisse, est conduite sur les deux poulies et sur le côté externe de l'attelle, et peut être serrée avec un garrot. On comprend l'action de cet appareil. L'attelle dépasse en haut la hanche, et en bas le pied, de 3 à 4 décimètres; en serrant la corde qui passe sur les poulies, on détermine une traction continue sur la racine du membre, de bas en haut, et sur le pied, de haut en bas; on remplit, par conséquent, les conditions de l'extension permanente.

Ces dispositions préalables étant prises, je procède à la résection de l'os proprement dite. J'emploie à cet effet un instrument spécial que j'ai fait exécuter par M. Gendron, fabricant d'instruments de chirurgie, à Bordeaux, et qui consiste dans une longue tige un peu aplatie à bords mousses, terminée en pointe un peu tranchante à l'une de ses extrémités, montée sur un manche de couteau par l'autre extrémité. Cette tige présente en outre, à 2 centimètres environ de son extrémité, une œillère, et sur le milieu de l'un de ses bords mousses un peu échancré, la double rangée de dents qui constitue la scie de

(1) *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1857.

Larrey (fig. 1). Cet instrument peut prendre le nom de *couteau à résection*. Pour les usages de la chirurgie, il serait convenable d'avoir des couteaux à résection de deux ou trois grandeurs différentes.

Le malade étant placé sur une table ou un lit convenable, la valve de l'appareil inamovible rabattue, le siége de la pseudarthrose mis à découvert, je saisis le couteau à résection et je l'enfonce par transfixion dans toute l'épaisseur du membre. Ici deux cas peuvent se présenter : ou les extrémités osseuses sont réunies d'une manière assez lâche pour permettre le passage de l'instrument entre elles ; ou elles sont tellement serrées, que ce passage est absolument impossible.

Dans le premier cas, l'instrument doit être engagé entre les deux fragments. Le bord sciant est d'abord amené contre l'un des fragments, et par des mouvements de va-et-vient, en même temps que de latéralité communiqués au couteau, il est possible de détruire : 1° les parties molles qui peuvent séparer l'instrument de la surface osseuse ; 2° d'entamer celle-ci dans toute son étendue et à la profondeur que l'on veut. L'instrument est ensuite tourné dans le sens opposé, de manière à agir de la même façon sur l'autre fragment.

Fig. 1.

Le séton ou le drain est alors passé dans l'œillère qui est au voisinage de la pointe, de sorte qu'en retirant l'instrument, le séton se trouve naturellement placé entre les deux fragments avivés.

Lorsque les deux bouts de l'os sont tellement serrés, que la lame ne peut être introduite entre eux, je propose d'enfoncer l'instrument au ras de l'os et au voisinage le plus immédiat de

la pseudarthrose, de tourner le tranchant de la scie vers l'os lui-même, et de le faire agir de manière à diviser l'os suivant son épaisseur. Si les fragments sont placés bout à bout, le mouvement du couteau détruira au moins le cal fibreux qui les sépare, et entamera légèrement les surfaces osseuses; s'ils chevauchent l'un sur l'autre, ce qui est le cas le plus ordinaire (fig. 2), la section AB séparera une petite portion de chaque fragment et laissera une surface étroite avivée. Dans cette double alternative, il sera bon, pour agrandir et rendre plus active la surface d'avivement, de ramener le couteau entre les deux fragments, et de traiter ceux-ci exactement comme ceux entre lesquels le couteau passe librement de prime abord; on entraînera également un drain volumineux en retirant l'instrument.

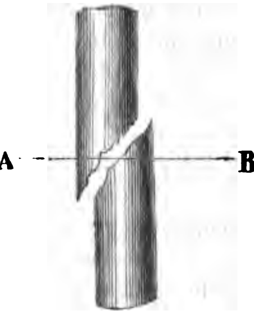


Fig. 2.

Voici maintenant la relation de deux observations qui marquent la série d'idées par lesquelles j'ai passé pour arriver à la détermination du procédé que je viens de proposer.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Fracture non consolidée du fémur datant de cinq mois. — Ponction ; rugination de l'os. — Accidents graves. — Passage ultérieur d'un drain chirurgical. — Guérison.

Un peintre en bâtiments, âgé de vingt ans, d'une constitution très saine et très vigoureuse, est entré dans les premiers jours de juillet 1855 à l'Hôtel-Dieu de Bordeaux, salle 11, n° 34. Ce jeune homme s'est cassé la cuisse droite en tombant dans une cage d'escalier, d'un échafaudage placé à la hauteur du troisième étage, sur les dalles du rez-de-chaussée. La fracture siégeait à la réunion du tiers supérieur du fémur avec les deux tiers inférieurs. L'appareil de cuisse ordinaire a été appliqué et maintenu pendant cinquante jours. Au bout de ce temps il n'y avait aucune apparence de consolidation. L'appareil a été remis en place et laissé de nouveau pendant deux mois. C'est vers cette époque (novembre 1855) que je pris la direction du service de clinique chirurgicale dans lequel se trouvait ce malade. Je maintins pendant près d'un mois encore la cuisse fracturée dans l'appareil, sans

obtenir un meilleur résultat. La fracture existait depuis cinq mois environ sans qu'il y eût aucune apparence de réunion osseuse. Un mouvement anormal de flexion très facile à produire en divers sens au niveau du point fracturé attestait suffisamment ce défaut de consolidation. Dans ces mouvements on n'obtenait aucune sensation de crépitation ; on reconnaissait au contraire qu'une couche de parties molles, probablement de nature musculaire, était interposée entre les deux extrémités osseuses. Celles-ci chevauchaient l'une sur l'autre dans une étendue de 3 centimètres. La supérieure faisait saillie en avant et en dehors, l'inférieure en arrière. Elles pouvaient par un effort de traction être ramenées au même niveau, et par un effort de diduction, être assez séparées l'une de l'autre pour que le doigt, en refoulant la peau, pût s'engager entre elles, immédiatement au-dessous du fragment supérieur, et immédiatement au-dessus du fragment inférieur. Le malade était jeune, plein du désir de guérir, demandant chaque jour et à tout risque une opération qui pût le tirer d'un état qui le condamnait à être infirme pour le reste de ses jours.

Pratiquer une résection à cette hauteur de la cuisse me parut au premier abord une opération trop grave pour être tentée avant d'avoir épuisé la liste des moyens moins périlleux. Cependant, après mûre réflexion, il me parut : 1° qu'il y avait bien peu de chances pour que la réunion pût être obtenue, surtout en considérant qu'une couche de parties molles était interposée entre les deux surfaces osseuses ; 2° que l'on pouvait rendre la résection moins dangereuse en se rapprochant autant que possible des procédés sous-cutanés, qui permettent d'agir largement dans les parties profondes avec des ouvertures fort étroites à la peau.

Trois indications, suivant moi, se présentaient : 1° il fallait, comme dans toute résection, aviver les extrémités osseuses qui s'étaient cicatrisées isolément ; 2° faire disparaître la couche musculaire interposée entre elles ; 3° maintenir une traction permanente qui empêchât le chevauchement de se produire de nouveau. Le 28 octobre, je procédai à l'opération de la manière suivante. Le malade étant étendu sur son lit et moi placé à sa droite, je saisis l'extrémité du fragment supérieur avec la main gauche et je l'attirai en avant. La main droite alors, armée d'un petit couteau à lame mince et effilée, j'enfonçai l'instrument au-dessous du fragment supérieur, obliquement en haut et en arrière, de manière à faire glisser la lame entre les deux surfaces osseuses. Quand je jugeai avoir dépassé l'épaisseur de l'os, je retirai l'instrument. Je pris alors une scie de Larrey (petite tige rigide et mince, taillée en scie à double rangée de dents sur un de ses bords, et montée sur un manche), et je l'engageai dans l'ouverture que je venais de pratiquer ; la tournant alternativement en haut et en bas, je vins successivement appuyer sur les deux surfaces osseuses. Les mouvements imprimés à la scie me permirent ainsi de détruire les parties molles interposées, et de ruginer assez vivement, d'entamer même les deux extrémités osseuses. L'instrument une fois retiré, il me fut facile de constater par la crépitation que les os étaient bien en contact, et en contact par des surfaces rugueuses, et par conséquent avivées.

Le trou par lequel les instruments avaient été introduits fut aussitôt bouché à

l'aide d'un petit carré de diachylon, et j'appliquai un appareil de fracture de cuisse à extension permanente.

L'opération, faite sans chloroforme, a été très douloureuse au moment de la rugination. Les conséquences en ont été d'abord très simples. Pendant dix jours, il n'y a pas eu de réaction ; le quatrième jour, 1[er] novembre, la plaie a été regardée pour la première fois ; une gouttelette de pus se trouvait entre les deux lèvres. Les jours suivants, la quantité de pus a un peu augmenté ; la plaie suppurait franchement comme si elle eût été le produit d'un coup d'épée profond. Rien ne faisait présager de graves complications, lorsque le 8 novembre le malade éprouva dans la [illegible] un petit frisson ; à la visite du matin, un érysipèle s'était déclaré. Il fut le prélude d'accidents sérieux qui ont tenu pendant près de quatre mois le malade entre la vie et la mort.

Je fus d'abord obligé de renoncer à l'extension permanente. La fièvre s'alluma, la suppuration augmenta, devint diffuse ; le 15 novembre, je fus obligé de débrider et d'agrandir la plaie ; le 20, je fis une incision à la partie interne de la cuisse sur une fusée purulente ; le 25, je pratiquai une contre-ouverture à la partie postérieure du membre, et, pour faciliter l'écoulement du pus, je fis passer de l'ouverture antérieure à l'ouverture postérieure un drain chirurgical. Dès le lendemain, un mieux sensible se manifesta dans l'état de la cuisse ; la suppuration devint un peu moins abondante ; l'inflammation propagée à tout le membre sembla subir un mouvement de retrait. Notons à ce moment que, sous l'influence de l'érysipèle, qui avait gagné tout le membre inférieur et une partie du tronc, des ulcérations gangréneuses s'étaient formées, malgré tous les soins que nous pûmes prendre, au talon, à la face postérieure de la jambe le long du péroné, et dans la région sacrée des deux cotés, au niveau des épines iliaques postérieures. La suppuration avait été très abondante, les douleurs extrêmement vives, l'amaigrissement très considérable. La fièvre persistait sous la forme de fièvre hectique. Malgré une alimentation aussi bonne et aussi tonique que les forces du malade pouvaient le permettre, malgré l'emploi du quinquina, malgré les soins les plus assidus pour empêcher l'agrandissement des eschares, je ne pus obtenir une amélioration sensible pendant tout le mois de décembre. Si la fièvre était un peu moins forte, si le membre était un peu moins douloureux, les eschares ne diminuaient point d'étendue. De nouvelles apparurent même, deux au milieu du dos, une au niveau de la tête du péroné, une autre au niveau de la rotule ; l'affaiblissement général semblait avoir fait de nouveaux progrès. La famille du malade demanda dans les premiers jours de janvier à le reprendre chez elle ; il fut transporté avec peine.

Pendant quelques jours, son état ne différa guère de ce qu'il était à l'hôpital. C'était la même difficulté pour soigner les ulcérations, les mêmes douleurs occasionnées par le passage du bassin, la même fièvre qui persistait toujours. Une ressource que je n'avais pas rencontrée à l'hôpital, que je ne pouvais pas trouver chez des pauvres gens, et qui cependant m'eût été d'un grand secours, c'était un lit mécanique. Voici ce que j'imaginai pour y suppléer. Je fis faire un cadre de bois un peu moins grand que le lit ; une toile fut tendue et clouée sur ce cadre. Cette

toile présentait en son milieu un trou de 20 centimètres de diamètre et rembourré; des pitons fixés aux quatre coins du cadre donnèrent attache à quatre cordes, convergentes en une seule, que j'enroulai autour des moufles dont je me sers pour la réduction des luxations et qui furent elles-mêmes fixées au plafond. J'obtins ainsi, pour six ou sept francs, un lit mécanique auquel je dois, sans aucun doute, le salut de mon malade. Dès qu'il fut en effet installé sur cette espèce de hamac, que l'on pouvait à volonté laisser reposer sur le lit ou soulever en l'air, les douleurs devinrent bien moins vives, les pressions moins fortes, les pansements plus faciles. J'ajoutai à ce lit mécanique un moyen de suspension spécial pour le membre qui me rendit également de grands services. L'appareil étant appliqué sur le membre, et le membre abrité contre les couvertures par un cerceau de fer, composé de deux demi-cerceaux réunis par trois tiges longitudinales, dont une supérieure, je me contentai, avec deux ou trois serviettes pliées en cravate, de fixer le membre en l'air, suspendu à la tige longitudinale supérieure du cerceau.

Par l'emploi de ces divers moyens, je vis les douleurs promptement diminuer, les fonctions digestives se rétablir, les pansements des diverses ulcérations se faire plus facilement, et comme conséquence ultérieure, les plaies tendre à se cicatriser et les forces à se rétablir.

Depuis longtemps, la suppuration au niveau de la fracture avait beaucoup diminué; le drain avait été maintenu pendant deux mois à peu près. Le 12 février, en examinant le membre avec une attention que les douleurs antérieures ne m'auraient pas permis de porter, je crus reconnaître un commencement de consolidation. Je remplaçai l'appareil simple dont je m'étais servi jusqu'alors par un appareil inamovible dans lequel je ménageai des fenêtres pour panser les plaies en suppuration.

Vers la fin de mars, toutes les plaies étaient cicatrisées, à l'exception de la plaie postérieure de la jambe, le malade avait repris un peu d'embonpoint; il avait de l'appétit; la fièvre avait disparu. La consolidation ne faisait plus aucun doute. Je permis au malade de se lever en gardant la jambe étendue sur un coussin. Enfin, dans les premiers jours de mai, je lui permis de marcher avec des béquilles; le 15 seulement, je jugeai possible d'enlever tout appareil. Malgré le soin que j'avais pris toutes les fois que j'ouvrais l'appareil, depuis que les douleurs avaient diminué, d'imprimer des mouvements à l'articulation du genou, elle avait conservé une grande roideur, que je m'efforçai de vaincre par des manœuvres journalières, sans y réussir complétement.

D'autre part, l'impossibilité où je m'étais trouvé de maintenir l'extension avait amené un raccourcissement de 6 centimètres. Au niveau de la fracture on sentait un cal volumineux, augmenté encore par le chevauchement des os. Les plaies de la cuisse et du tronc étaient complétement guéries; celle de la région postérieure de la jambe avait seule persisté.

Ce malade, que je revois souvent, que j'ai revu dernièrement (mars 1860), est complétement guéri, il marche sans canne; avec une chaussure élevée il boite fort peu.

Il a conservé beaucoup de roideur dans le genou, mais cela ne l'empêche pas de marcher longtemps sans se fatiguer. Il a pu reprendre sa profession de peintre en bâtiments, c'est-à-dire monter aux échelles, et passer des journées entières sur des échafaudages.

Le résultat de cette première opération, heureux en définitive, a été obtenu au prix de bien des dangers courus par le malade. De ces dangers, quelques-uns pouvaient-ils être attribués à la manière dont l'opération avait été pratiquée? Telle est la première question que je me suis posée en méditant ce fait.

J'avais institué des expériences sur le cadavre, d'après lesquelles j'avais cru pouvoir conclure que la rugination des os avec la scie à double voie, dont je me suis servi, ne devait pas laisser de détritus dans la plaie, ceux-ci restant entre les dents de la scie ; que dès lors on pouvait avoir l'espoir d'obtenir une cicatrisation sans suppuration. La suppuration survenue dès le quatrième jour et avant l'érysipèle, est venue détruire cette illusion. La plaie devant suppurer, le chirurgien doit, avant tout, prévenir la stase du pus ; l'érysipèle, bien que survenu dans un temps et dans une salle de chirurgie, où il était pour ainsi dire endémique, me paraît, dans le cas actuel, trouver son origine, précisément dans cette stase. Ces réflexions m'ont conduit à modifier mon procédé primitif et à faire de prime abord ce que j'ai fait secondairement, c'est-à-dire à percer le membre de part en part, en faisant passer un instrument mince et effilé entre les deux os, et après la rugination, en établissant au travers le trajet de la plaie un séton qui maintînt libre l'écoulement du pus.

J'ai eu l'occasion d'appliquer ces nouvelles idées sur un second malade, quelques mois après la guérison du premier.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Fracture non consolidée du fémur, datant de huit mois. — Transfixion du membre. — Rugination des os. — Passage d'un drain chirurgical. — Guérison tardive.

Louis Millon, âgé de vingt-neuf ans, assez maigre et assez petit, mais d'un bon tempérament, a eu le 1er janvier 1855 la cuisse cassée par la chute d'une pièce de fonte et de pierre pesant 7 à 8000 kilogrammes qu'il cherchait à maintenir. Il est entré à l'hôpital Saint-André. Il avait deux plaies profondes en avant de la cuisse, mais qui ne pénétraient pas jusqu'aux os. On lui appliqua vingt-cinq sangsues, et, à la suite, des cataplasmes, en recommandant l'immobilité. Il resta ainsi jusqu'au 11 janvier. — A cette époque, on lui mit l'appareil ordinaire de cuisse, que l'on ouvrait tous les deux jours pour les pansements. La suppuration devint très abondante. L'appareil est resté en place environ soixante et dix jours. Au bout de ce temps les plaies étaient cicatrisées, mais il n'y avait pas de consolidation. On remit l'appareil jusqu'au 25 avril, époque où le malade sortit de l'hôpital. Le lendemain, un nouvel appareil fut appliqué au domicile du malade et laissé trois mois environ en place sans plus de succès. Cet homme vint me consulter dans le courant du mois d'août 1856. Quand je le vis pour la première fois, voici ce que je constatai. La fracture avait eu lieu tout à fait à la partie supérieure de la cuisse, probablement un peu au-dessous du petit trochanter. Les deux fragments étaient fort mobiles l'un sur l'autre, chevauchant de 2 ou 3 centimètres, et pouvant être séparés l'un de l'autre dans une certaine étendue par un léger effort de diduction imprimé aux deux fragments. Dans ce cas comme dans le précédent, une couche assez épaisse de parties molles était évidemment interposée entre les deux fragments osseux.— Une particularité à noter, c'est que le fragment supérieur présentait à la moindre impression éprouvée par le malade une sorte de mouvement rapide et convulsif, qui lui était probablement communiqué par les soubresauts du tendon de l'iliaque. Le malade ne pouvait se servir de son membre. Il se traînait péniblement avec des béquilles, souffrait énormément dans le lieu de la fracture au moindre mouvement de la cuisse, et n'avait réussi à atténuer la douleur qu'en tenant constamment la cuisse emboîtée dans deux demi-gouttières en bois fortement fixées et maintenues par des liens extérieurs. Cette compression, supportée depuis plusieurs mois, avait entraîné une atrophie notable des muscles fémoraux.

Après l'examen des membres et à la requête expresse du malade, je me décidai à pratiquer l'opération.

Voici, dans cette nouvelle circonstance, le procédé que je suivis. Quelques jours avant l'opération, j'établis sur toute la longueur du membre malade un bandage inamovible amidonné, en ayant soin de marquer en avant et en arrière les deux points correspondant aux saillies que faisaient les deux fragments à l'extérieur ; puis, à l'aide de la pince de M. Seutin, je pratiquai une large ouverture au bandage, de manière à former une sorte de valve que je rabattis, et à laisser complétement à découvert les points sur lesquels je voulais opérer.

Ceci fait, le 23 octobre 1856, en présence de MM. les docteurs Chabrely, médecins à la Bastide, et de M. le docteur de Sainte-Marie, médecin à Bordeaux, j'enfonçai hardiment un couteau interosseux à travers toute l'épaisseur de la cuisse, de manière à le faire passer entre les deux os. Le couteau, enfoncé à 7 ou 8 centimètres au-dessous du pli de l'aine, put ressortir à 3 ou 4 centimètres au-dessous du pli fessier. J'avais eu bien soin de m'assurer de la position de la fémorale afin de la laisser en dedans. Néanmoins, un jet de sang artériel sortit quand je retirai le couteau. J'engageai immédiatement la scie de Larrey et fis la rugination sur les deux extrémités osseuses. Au dire des assistants, je n'insistai pas assez sur ce temps de l'opération. La préoccupation que me donnait l'hémorrhagie en fut sans doute la cause. Il faut se rappeler, d'ailleurs, que la fracture était de longue date, et les extrémités osseuses plus volumineuses qu'à l'ordinaire. J'obtins néanmoins une sensation de crépitation, moins franche cependant que dans l'observation précédente, qui attestait l'affrontement direct des deux substances osseuses. Après avoir retiré la scie, je passai une mèche de séton à l'aide d'un grand stylet, je mis un fort tampon de charpie sur les deux plaies. Je relevai la portion rabattue du bandage amidonné et fixai le tout à l'aide d'une autre bande amidonnée. Puis, en dehors de l'appareil inamovible, j'établis la grande attelle à extension permanente afin de fixer encore davantage les os dans l'immobilité et de m'opposer à tout raccourcissement. Les suites de l'opération furent assez simples. *Pas d'hémorrhagie intérieure ; pas de fièvre ; pas de réaction pendant tout le temps qu'a duré le traitement ; pas de gonflement autour des plaies ; pas d'érysipèle ni de fusée purulente ;* en un mot, aucun des accidents que je pouvais redouter.

J'ouvris l'appareil dès le quatrième jour. La suppuration avait commencé à s'établir ; graduellement, elle devint encore plus considérable. Vers le quinzième jour, le 8 novembre, j'eus cependant quelques inquiétudes. Malgré la mèche laissée en permanence, le pus sembla s'être *accumulé*. Le malade accusa un peu de malaise général, une douleur plus vive. Je remplaçai la mèche par un drain chirurgical ; dès le lendemain, ces accidents, encore légers, avaient complétement disparu. De ce jour la suppuration fut peu de chose. La facilité avec laquelle le pus s'écoulait et qui empêchait sa stase au sein de la plaie, en amena la diminution ; tout semblait faire présager une heureuse issue de l'opération ; un seul phénomène, qui avait longtemps persisté, pouvait me faire concevoir quelques doutes. J'ai déjà dit qu'avant l'opération, le fragment supérieur, fort court, était souvent agité de tressaillements tenant probablement à des contractions spasmodiques du muscle iliaque. Le malade était fort impressionnable. A la moindre émotion qu'il éprouvait, surtout aux heures des pansements, il ressentait une sorte de tremblement qui, au niveau de la plaie, se trahissait par un mouvement convulsif des fragments supérieurs. Ces tressaillements, souvent répétés, ont dû gêner considérablement l'adhésion des deux os. Quoi qu'il en soit, vers le milieu de décembre, ces mouvements, après avoir diminué, avaient fini par s'éteindre complétement. Dans les premiers jours de janvier, deux mois et demi environ après l'opération, je me décidai à retirer le séton. Je tamponnai ces deux plaies avec de la charpie, je refermai l'appareil, et le

laissai trois semaines sans l'ouvrir. Pendant ce temps, le malade n'accusa aucune douleur. Le 20 janvier, j'examinai le membre; les plaies étaient complétement fermées, mais, à mon grand regret, le malade, fort impressionné par l'incertitude même où il se trouvait du succès de l'opération, se mit à trembler de tous ses membres. Le fragment supérieur reprit son mouvement convulsif. La consolidation n'avait pas eu lieu.

A partir de ce jour, le malade entra dans une nouvelle phase. Des douleurs apparurent entre les fragments, mais il ne revint aucune trace de suppuration. Je réappliquai l'appareil, et j'engageai le malade à garder encore le repos. Dans les derniers jours du mois de février, les douleurs, assez semblables à celles que le malade éprouvait avant toute opération avaient de nouveau cessé; j'examinai le membre. Les mouvements convulsifs étaient moins forts. Je remis un appareil inamovible nouveau et j'engageai le malade fatigué d'un séjour de quatre mois au lit, à se lever et à marcher avec des béquilles en tenant sa jambe suspendue à un lacs passé autour du cou.

J'ai revu cet homme à diverses reprises. Voici les modifications qui sont survenues dans son état :

Mai 1857. — Les douleurs ont complétement disparu; les surfaces osseuses ne jouent plus l'une sur l'autre. La jambe est raccourcie de 3 à 4 centimètres. Le malade peut s'appuyer un peu sur elle; seulement il sent que s'il forçait, la cuisse aurait de la tendance à se plier en deux au niveau de la fracture, et il éprouve la sensation que quelque chose va se déchirer. En l'examinant dans la position étendue, je constate, en effet, que les fragments sont serrés l'un contre l'autre; que la mobilité anormale est difficile à saisir; que l'on ne peut plier la cuisse ni en avant ni en arrière, ni en dehors; que le plus grand mouvement se passe quand on porte la cuisse en dedans et en avant; les deux fragments forment alors un angle extrêmement obtus dont le sommet fait saillie en dehors un peu au-dessous du trochanter. C'est dans ces derniers mois que ces phénomènes sont devenus tranchés. Il me paraît évident que s'il n'y a pas eu de consolidation osseuse, il s'est formé un cal fibreux à fibres extrêmement denses et extrêmement courtes, qui semble tendre encore à se raccourcir et à se condenser par le fait d'une rétraction secondaire incessante, et qui pourra peut-être amener ultérieurement une guérison presque complète par une sorte d'ankylose fibreuse de la fausse articulation.

Décembre 1857. — Le malade a quitté ses béquilles; il marche avec une canne. Il conserve toutefois un appareil inamovible qu'il applique lui-même. La marche n'est plus douloureuse, mais encore très fatigante. Les fragments sont très serrés l'un contre l'autre, mais cependant permettent encore une très légère inflexion du membre au niveau de la fracture, vers la partie interne.

Avril 1858. — La marche est devenue plus facile, et supportable pendant un temps assez long. Le malade a pris la profession de chartier et commence à pouvoir faire à pied des courses assez longues.

Avril 1860. — Depuis deux ans, il n'y a pas eu de notables changements dans l'état du malade. La mobilité entre les deux fragments subsiste au même degré.

L'hiver, surtout pendant les temps humides, il revient des douleurs qui forcent le malade à s'arrêter. La solidité de cette espèce de soudure fibreuse a fait cependant de nouveaux progrès. Ainsi, l'homme qui fait le sujet de cette observation a pu dernièrement faire une course de 12 kilomètres à pied sans canne et sans béquille. La fatigue n'a pas été considérable. Devant moi, il a pu porter un faix de 50 kilogrammes et faire sans aucun soutien le tour d'une chambre.

Dans cette observation, le succès s'est fait longtemps attendre. Il doit même être considéré comme n'étant pas absolument complet. Cela a pu tenir à diverses causes : peut-être à la mobilité incessante du fragment supérieur qui n'a jamais pu être maintenu d'une manière efficace ; peut-être à l'enlèvement prématuré du séton ; sans doute et surtout à l'insuffisance de la rugination constatée par les assistants. Mais il n'en reste pas moins un fait extrêmement important à noter, c'est l'innocuité complète du procédé, le peu de réaction qu'il a amenée, la simplicité extrême des phénomènes qu'il a déterminés.

Le procédé qui a été employé dans cette observation peut se résumer dans les termes suivants :

1er *temps*. — Transfixion du membre et de la fausse articulation à l'aide d'un couteau interosseux mince et effilé.

2e *temps*. — Rugination des surfaces osseuses à l'aide de la scie de Larrey introduite dans l'une des ouvertures de la plaie faite par le couteau.

3e *temps*. — Passage d'un séton ou d'un drain à l'aide d'un long stylet aiguillé.

A défaut de l'instrument spécial que j'ai décrit plus haut, c'est encore le procédé qu'il serait, je crois, convenable d'employer dans des circonstances semblables. Mais voici les réflexions qui m'ont été suggérées par cette même observation, et qui m'ont amené à substituer à ce procédé celui qui fait l'objet principal de ce travail :

1° La scie ordinaire de Larrey est très mince, ses dents peu longues, peu écartées. Je crois que pour atteindre profondé-

ment l'os en peu de temps, et pour laisser peu de détritus dans le fond de la plaie, il est convenable de se servir d'un instrument plus fort, à dents plus longues, à voie plus large.

2° Le couteau interosseux que j'ai employé expose, par le moindre mouvement latéral, à couper quelque artère importante.

3° La scie de Larrey dans le moment qu'elle agit, peut, par son extrémité que rien ne fixe, déchirer les tissus mous dans une assez grande étendue autour de la fracture et déterminer ainsi un foyer assez considérable qui entrera plus tard en suppuration.

4° Enfin, les trois temps de l'opération qui consistent : 1° à passer un couteau au travers du membre ; 2° à engager la scie de Larrey dans la plaie ainsi faite ; 3° après la manœuvre de la scie à introduire un stylet armé d'une mèche dans la même voie, rendent l'opération assez longue, assez compliquée et sujette à des tâtonnements.

C'est pour obvier à ces divers inconvénients que j'ai fait exécuter le *couteau à résection*.

L'instrument est enfoncé comme un trocart; il agit à la façon d'un instrument piquant et diminue par conséquent la chance d'hémorrhagie. Restant engagé par ses deux extrémités (qui sont à bords mousses) dans les parties molles, il empêche pendant l'action de la scie les déviations de la lame, et permet, par conséquent, de détruire la couche des parties molles interposées entre les deux os, en évitant la dilacération des parties voisines du siége de la fracture.

Enfin, la rugination accomplie, il suffit de passer la mèche du séton dans l'œil de l'instrument pour que, sans nouveaux tâtonnements, le séton se trouve placé dès que l'on retire l'instrument.

Les deux observations que j'ai rapportées prouvent l'utilité

du procédé de résection que je propose. La première, en offrant un succès complet, quoique chèrement acheté; la seconde, en offrant une amélioration qui peut compter pour un succès, auquel il ne manque pour être absolument complet qu'un peu plus de perfection dans les instruments et d'insistance dans leur application.

La seconde prouve l'innocuité du procédé après les modifications que les résultats de la première m'avaient conduit à y apporter.

De leur ensemble, je crois légitime de tirer comme conclusions les propositions suivantes qui résument ce travail :

I. La guérison des fractures non consolidées peut être obtenue par un procédé de résection beaucoup plus généralement applicable, beaucoup moins effrayant et beaucoup moins périlleux que les procédés ordinaires.

II. Ce procédé consiste, avant tout, dans l'application préalable d'un bandage inamovible, dans lequel on ouvre une fenêtre sur le point où l'opération doit être pratiquée.

III. Ce point mis à découvert, on transperce le membre à l'aide du couteau à résection que l'on fait passer entre les fragments de la fracture si cela est possible, et, dans le cas contraire, au voisinage immédiat de celle-ci.

IV. Dans ce dernier cas, on fait agir d'abord la scie transversalement, de manière à séparer les deux fragments.

V. Dans tous les cas, dès que l'instrument peut être introduit entre les deux fragments, on fait agir successivement la scie sur l'extrémité de chacun d'eux, de manière à entamer vigoureusement sa substance.

VI. Avant de retirer l'instrument, on charge l'œillère qui est placée à son extrémité d'un drain chirurgical qui se trouve ainsi passé à la manière d'un séton entre les fragments osseux avivés, quand on retire le couteau à résection.

VII. L'opération terminée à l'aide d'un bandage amidonné supplémentaire, on rétablit le bandage inamovible, et on y joint pour le membre inférieur un appareil à extension permanente.

Enfin, j'ajouterai en terminant ce travail : que le procédé que je viens de décrire pourrait trouver de nouvelles applications, à propos des résections que l'on est quelquefois obligé de pratiquer *dans les cas de fractures vicieusement consolidées.*

DU PIED PLAT-VALGUS

PAR PARALYSIE DU LONG PÉRONIER LATÉRAL

ET

DU PIED CREUX-VALGUS

PAR CONTRACTURE DU LONG PÉRONIER LATÉRAL

(PIED CREUX-VALGUS NON ENCORE DÉCRIT),

MÉMOIRE PRÉSENTÉ A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

Par le docteur DUCHENNE (de Boulogne).

Le mémoire que j'ai l'honneur d'adresser à la Société de chirurgie de Paris, traite principalement de la paralysie ou de la faiblesse du long péronier latéral, au point de vue de la genèse du pied plat-valgus, accidentel ou congénital. J'avais déjà exposé l'étude de cette question pathologique, dans un mémoire intitulé : *Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les muscles moteurs du pied*, et qui a été publié en juin 1856, dans les *Archives générales de médecine*.

Après avoir démontré, dans ce travail, par des expériences électro-physiologiques, l'action propre du long péronier latéral, les mouvements qu'il imprime à certaines articulations du tarse et du métatarse, et le mécanisme de ces mouvements, j'y ai rapporté des observations pathologiques qui confirment l'exactitude de ces expériences. Je résumerai ici, de la manière suivante, les faits physiologiques principaux qui découlent de ces recherches sur le long péronier et qui font connaître la genèse du pied plat.

La voûte plantaire est la base de sustentation du membre

inférieur. Le pilier postérieur de cette voûte est constitué par la tubérosité calcanéenne (le talon postérieur), et son pilier antérieur principalement par la tête du premier métatarsien (le talon antérieur). Le long péronier est le seul muscle qui maintienne solidement abaissés la tête du premier métatarsien et les autres os (le premier cunéiforme et le scaphoïde) qui concourent à former la moitié antérieure de la voûte plantaire dont il est le ligament actif. Est-il contracturé, la voûte plantaire s'exagère considérablement et le pied creux prend l'attitude du valgus : c'est le pied creux-valgus du long péronier. Est-il, au contraire, paralysé, ou son action est-elle affaiblie, le premier métatarsien, obéissant à l'action tonique de l'antagoniste de ce muscle (le jambier antérieur) s'élève; conséquemment le pied s'aplatit, et la moitié antérieure de sa face plantaire regarde en dedans (c'est un varus de l'avant-pied). Alors le talon antérieur ne pouvant plus être appliqué solidement sur le sol, la partie antérieure du pied prend un faux point d'appui, c'est-à-dire que le poids du corps repose sur le bord externe de l'avant-pied et principalement sur la tête du cinquième métatarsien; la résistance du sol réagit sur l'articulation calcanéo-astragalienne de manière à produire le valgus, les douleurs et les troubles de la station et de la marche qui en sont la conséquence. Telle est la genèse du pied plat-valgus douloureux.

J'ai suivi assez souvent les phases diverses du pied plat-valgus douloureux, accidentel, pour observer que la genèse exposée ci-dessus est applicable, en général, au pied plat-valgus douloureux accidentel et même congénial. Cette genèse n'était pas une simple théorie; je l'avais appuyée de tant de preuves électro-physiologiques et pathologiques, dans mon mémoire publié en 1856, dans les *Archives générales de médecine*, que j'espérais avoir alors porté la conviction dans tous les esprits. Mais les opinions contradictoires qu'un praticien des plus dis-

tingués, notre regrettable Bonnet (de Lyon), m'a opposées dans ses leçons cliniques (1), opinions que je me propose de réfuter dans ce travail, m'ont fait sentir la nécessité de rechercher de nouvelles preuves à l'appui de la genèse du pied plat-valgus douloureux que j'ai découverte.

L'étude du pied plat-valgus est inséparable de celle d'une espèce de pied creux non encore décrite, que j'appellerai *Pied creux-valgus, par contracture du long péronier latéral*, parce que l'on a toujours enseigné en chirurgie, et comme l'a soutenu aussi Bonnet, contrairement aux déductions que j'ai tirées de mes *Recherches électro-physiologiques et pathologiques*, que le long péronier latéral est contracturé dans le pied plat-valgus douloureux, et parce que cette opinion a conduit, comme j'espère le démontrer dans le cours de mon travail, à une pratique déplorable, à la section des deux péroniers latéraux, dans le pied plat-valgus douloureux.

Je me propose donc 1° d'exposer de nouvelles preuves à l'appui de la genèse du pied plat-valgus douloureux, genèse qui reposait sur mes *Recherches électro-physiologiques* publiées en 1856 ; 2° de démontrer par des faits que la contracture du long péronier latéral produit nécessairement une espèce de pied creux non encore décrite ; 3° de réfuter les opinions contradictoires formulées par Bonnet (de Lyon), sur ma genèse du pied plat-valgus douloureux.

ARTICLE PREMIER.

Genèse du pied plat-valgus douloureux, démontrée par des faits thérapeutiques.

La solution du problème qui fait le sujet principal de ce

(1) *Du pied plat-valgus douloureux ;* clinique chirurgicale de M. Bonnet (de Lyon), par M. le docteur Delore, ancien chef de clinique chirurgicale (*Bulletin de thérapeutique mdico-chirurgicale*, t. CIV, p. 480 et 536).

Mémoire (problème certainement résolu par l'expérimentation électro-physiologique et pathologique) serait bien plus complète, si je démontrais par des faits que les troubles fonctionnels (les douleurs pendant la station et la marche) et la déformation du pied (le pied plat) disparaissent par la guérison de la paralysie ou de la faiblesse du long péronier latéral. Or c'est ce que j'ai obtenu par la faradisation localisée. On en trouvera la preuve dans les faits que je vais exposer.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Pied plat-valgus douloureux. — Paralysie du long péronier latéral. — Contracture du long extenseur des orteils et du court péronier latéral. — Guérison des douleurs et retour de la voûte plantaire par la faradisation du long péronier latéral, malgré la persistance du valgus qui n'a guéri plus tard que par des manipulations de reboutage, exercées en sens contraire de ce valgus. — Disparition des durillons anormaux.

Mademoiselle Marie Paule, âgée de dix-huit ans, ouvrière blanchisseuse, demeurant rue Richelieu, 47, a commencé à éprouver, pendant la station prolongée ou la marche, des douleurs au niveau de la moitié externe et antérieure de l'articulation du pied gauche avec la jambe. Ces douleurs étaient précédées et accompagnées de fourmillements, de picotements dans la plante du pied et d'une fatigue extrême. En même temps, elle s'aperçut que ce pied se renversait sur son bord interne et que sa pointe était entraînée en dehors. Bien qu'elle ne soit pas certaine de la cause de ses douleurs et de la déformation de son pied, elle croit que son état de blanchisseuse qui la force à travailler toujours debout, n'y est pas étranger. Quelque temps, en effet, après avoir commencé son apprentissage, elle a ressenti de la fatigue et des engourdissements dans son pied gauche jusqu'au moment de l'apparition des douleurs. Elle portait depuis plusieurs mois un appareil orthopédique qui n'améliorait pas son état et ne lui permettait pas de le continuer, lorsqu'elle me fut adressée, en septembre 1858, par M. Bouvier, comme cas type de pied plat-valgus douloureux, et dans le but de me fournir un sujet d'étude et de recherches.

Voici les phénomènes principaux qui caractérisaient ce cas : absence complète de voûte plantaire ; renversement du pied sur son bord interne et saillie considérable de la malléole interne ; convexité du bord interne du pied avec saillie, au niveau du scaphoïde où l'on voyait un durillon ; des durillons existaient aussi en dehors et en avant de l'avant pied, et en dedans et au-dessous de la première phalange du gros orteil, tandis qu'au niveau de la saillie sous-métatarsienne du gros orteil, la peau était parfaitement lisse. — La station et la marche provoquaient une vive douleur dans un point qui me semblait correspondre à la fosse triangu-

laire qui termine le sillon interosseux du calcanéum. Cette douleur s'irradiait dans les parties voisines. — Les muscles extenseurs des orteils et court péronier latéral étaient contracturés. — Sous l'influence de la faradisation, le long péronier latéral gauche se contractait très faiblement et abaissait à peine le bord interne de l'avant-pied, tandis qu'à droite ce même muscle entrait énergiquement en action par le même courant, et exagérait la courbure de la voûte plantaire. Pendant là station ou la marche, l'extrémité antérieure et interne de l'avant-pied ne touchait pas le sol, même lorsque la malade voulait se tenir sur la pointe du pied.

Le traitement par la faradisation du long péronier avec le courant de la première hélice et avec intermittences rapides a été commencé le 7 septembre 1858, et les séances ont été continuées deux fois par semaine. J'ai ordonné de ne plus porter l'appareil orthopédique. En quelques séances, les douleurs ont disparu, bien que la malade ne pût encore rester longtemps de bout ou marcher sans éprouver de la fatigue ou de l'engourdissement dans le pied gauche. Après une douzaine de séances, le long péronier gauche s'est contracté d'une manière très énergique et a abaissé considérablement le bord interne de l'avant-pied. Pendant le repos musculaire, le pied n'était plus aussi plat, la voûte plantaire commençait à se dessiner notablement. La malade sentait que, pendant la station et la marche, l'extrémité antérieure et interne de son avant-pied posait sur le sol; dans ce point, l'épiderme commençait à s'épaissir, était rude au toucher; tandis que les durillons qui étaient situés au niveau du bord interne du scaphoïde et de la face inférieure de la première phalange, diminuaient d'une manière très sensible. Cette amélioration augmentait progressivement sous l'influence de la faradisation. La voûte plantaire était presque normale; la station et la marche ne provoquaient plus de douleurs, et cependant le pied était resté renversé sur son bord interne, quoique le long extenseur des orteils (fléchisseur abducteur) et le court péronier latéral ne me parussent plus contracturés. Des brides, un certain raccourcissement des ligaments, effets de l'attitude vicieuse du pied si longtemps conservée, me semblaient donc être la cause principale de la persistance de ce valgus. La face interne de la jambe reposant sur un plan solide, j'exerçai progressivement sur la face dorsale et interne du pied une forte pression, en sens inverse du valgus. En peu de temps, le pied fut amené dans l'abduction. Cette réduction qui fut très douloureuse, produisit des craquements et sans doute quelques déchirures; elle fut maintenue en plaçant sur le face externe et dorsale du pied posé à faux, une cravate aux extrémités de laquelle était attaché un poids que l'on augmenta graduellement, pendant que la jambe reposait sur un plan horizontal. Cette attitude fut conservée aussi longtemps que possible, lorsque la malade n'en était pas empêchée par son travail. Depuis lors le valgus n'a plus reparu. Enfin, après une soixantaine de séances de faradisation pratiquées à des intervalles assez éloignés, la guérison a été aussi complète que possible. La voûte plantaire est normale; les durillons anormaux ont entièrement disparu; tandis que l'épiderme est devenu rude et épais, dans le lieu d'élection du talon antérieur, c'est-à-dire, au niveau de l'extrémité antérieure des deux premiers métatarsiens.

Le fait thérapeutique précédent (l'un de ceux dont la faradisation ait le plus à s'enorgueillir, à juste titre, puisque c'est à son application que l'on devra la connaissance du mécanisme du pied plat, l'indication thérapeutique à remplir et la guérison de cette infirmité), ce fait, dis-je, démontre, de la manière la plus complète, l'exactitude de la théorie que j'ai exposée sur le mécanisme du pied plat et sur les troubles fonctionnels qu'il apporte dans la station et dans la marche.

En effet, j'avais attribué à la paralysie ou à la faiblesse du long péronier latéral, le pied plat et l'impossibilité ou la difficulté d'abaisser avec force la saillie sous-métatarsienne (le talon antérieur), ce qui avait forcé, conséquemment, le bord externe de l'avant-pied de s'appliquer sur le sol pendant la station et la marche. Je disais que, par le fait de ce faux point d'appui de la base de sustentation, le poids du corps et la résistance du sol avaient agi d'une manière vicieuse sur l'articulation sous-astragalienne, en sollicitant celle-ci à se mouvoir dans le sens de l'abduction, ce qui avait produit secondairement le valgus; qu'il en était résulté une pression douloureuse sur certains points des surfaces articulaires de l'astragale et du calcanéum. Je pensais que ces douleurs articulaires avaient ensuite provoqué ou entretenu des contractures musculaires qui aggravaient le valgus; enfin, les durillons anormaux me semblaient être produits par les faux points d'appui sur le sol.

Eh bien! s'il était vrai que ces désordres, que ces troubles fonctionnels fussent la conséquence de la paralysie du long péronier latéral, la guérison seule de cette dernière affection devait les faire disparaître. C'est, en effet, ce qui est arrivé dans le cas dont j'ai exposé la relation.

On a sans doute remarqué que l'heureuse influence du développement progressif de la force du long péronier s'est fait rapidement sentir, par la cessation des douleurs, par le retour de la

voûte plantaire, etc., bien que le valgus fût encore maintenu par d'anciennes brides. C'est que le pied pouvant alors, par le retour de la force, reposer pendant la marche et la station, sur la saillie sous-métatarsienne, sur le pilier antérieur de la voûte plantaire, le poids du corps et la résistance du sol agissaient principalement sur l'articulation tibio-tarsienne et ne produisaient plus l'écrasement des tissus placés entre les surfaces de l'articulation sous-astragalienne et la surface correspondante du calcanéum, comme lorsque le pied appuyait sur son bord externe. On a vu qu'il a suffi ensuite de quelques manipulations de reboutage pour détruire les brides ou les rétractions ligamenteuses qui entretenaient le valgus. Ce valgus enfin ne s'est plus reproduit, quoique la malade ne portât point d'appareil et continuât de marcher; c'est parce que la cause productrice principale de ce valgus, la station sur le bord externe du pied, n'existait plus.

Et cependant la réduction du valgus par la section des muscles rétractés ou par certaines manipulations, quand il n'y a que des contractures ou des résistances ligamenteuses, est la première et même la seule chose qui, jusqu'à ce jour, ait préoccupé le chirurgien! Tout en reconnaissant l'utilité on la nécessité d'en venir tôt ou tard à cette intervention de la chirurgie, le fait thérapeutique que je viens d'exposer démontre que cette déformation du pied n'est pas la maladie ou la lésion principale que l'on doive combattre avant tout; je dois même ajouter que l'on est peu avancé, alors même qu'on a triomphé de cette lésion secondaire.

Voici un fait qui démontre la vérité de cette assertion encore mieux que le précédent.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Pied plat-valgus douloureux, accidentel, datant de deux ans.—Contracture du court péronier latéral et du long extenseur des orteils. — Paralysie du long péronier latéral.— Guérison sous l'influence de la faradisation de cette paralysie et conséquemment des douleurs du pied plat, accidents qui avaient persisté après la ténotomie et malgré la réduction du valgus.

Jean Cotereau, âgé de dix-sept ans, demeurant rue Richelieu, 92, a commencé vers le milieu de l'année 1856, et à l'âge de treize ans, son apprentissage d'ouvrier emballeur. Quelques mois après, il ressent de la fatigue et des engourdissements dans le pied gauche. Vers le commencement de 1857, à cette fatigue s'ajoutent, dit-il, des douleurs dans la jointure du pied avec la jambe, surtout en dehors et en avant de la cheville, douleurs provoquées par la station et la marche. En même temps il s'aperçoit que son pied se renverse sur son bord interne et que sa pointe tourne en dehors. Il est bientôt forcé de quitter son état et de garder le lit. En septembre 1858, il entre à l'hôpital de la Clinique. M. A. Richard, professeur agrégé de la Faculté, qui faisait alors provisoirement le service de M. le professeur Nélaton, a l'obligeance de m'inviter à observer ce malade qu'il avait l'intention de ténotomiser. Le valgus paraissait, en effet, causé par la contracture de l'extenseur des orteils et des péroniers latéraux, en raison d'une saillie considérable et tendineuse au-dessus de la malléole externe. Cependant, à un examen attentif, je diagnostiquai que le court péronier seul était contracturé avec l'extenseur des orteils, et que le long péronier était, au contraire, paralysé. Ce diagnostic était déduit de l'existence du pied plat qui exclut toute possibilité de contracture du long péronier.

Un autre signe du pied plat : un fort durillon situé en dedans et au-dessous de la première phalange du gros orteil, venait corroborer ce diagnostic. En conséquence, je proposai à mon habile confrère de ténotomiser seulement le court péronier latéral près de son attache au dernier métatarsien au lieu de couper à la fois, selon la méthode enseignée pour l'opération du pied plat-valgus douloureux, les deux péroniers, derrière la malléole externe. M. Richard pratiqua, le 18 octobre, la section du court péronier, dans le point ci-dessus indiqué, après avoir aussi divisé le tendon de l'extenseur des orteils; le pied fut ensuite maintenu dans un appareil après la réduction du valgus. Le malade est sorti le 20 novembre 1858, *guéri de son valgus.*

Malgré la ténotomie et la réduction de son valgus, Cotereau a continué de souffrir pendant la station et la marche, même quand il portait son appareil. Six semaines après sa sortie de l'hôpital, j'ai constaté que son pied (voy. la fig. 1) avait l'attitude et la forme ordinaire du pied plat avant de devenir valgus (valgus qui avait été guéri par la ténotomie du court péronier), qu'il ne pouvait rester un instant debout, sans que ses anciennes douleurs revinssent très vives et sans que son pied tournât comme auparavant sur son bord interne, le bord interne de l'avant-

pied ne pouvant être appliqué contre le sol. J'ai constaté aussi que le long péronier gauche se contractait à peine sous l'influence d'un courant faradique intense, tandis que du côté opposé sa contraction était très énergique ; ce qui confirmait la paralysie du long péronier droit que j'avais primitivement diagnostiquée, seulement d'après les signes tirés de l'existence du pied plat et de durillons anormaux. J'ajouterai, enfin, que le pied était resté plat et que le durillon sous-phalangien du gros orteil était toujours aussi développé.

Fig. 1. (1)



Avant le traitement.

Fig. 2.



Après le traitement.

Dès lors j'ai faradisé le long péronier paralysé avec le courant de la première hélice et avec des intermittences rapides. Les séances ont eu lieu chaque jour et ont duré de cinq à dix minutes. Après la cinquième séance, les douleurs n'étaient plus rappelées par la station, même lorsque le malade ne portait pas son appareil, et le talon antérieur (saillie sous-métatarsienne) appuyait sur le sol ; mais elles revenaient après une vingtaine de pas, et le pied tournait sur son bord interne. Alors j'ai fait abandonner l'appareil, en recommandant de marcher peu et de ne pas rester trop longtemps dans la station. En une quinzaine de séances, ces douleurs ont à peu près disparu ; seulement elles se sont fait sentir faiblement lorsque la marche a été trop longue, le valgus ne s'est plus reproduit ; la voûte plantaire a commencé à se dessiner. Enfin, la guérison a marché progressivement, et après deux mois et demi de faradisation elle était aussi complète que possible.

Aujourd'hui (voy. la fig. 2) la voûte plantaire est très prononcée et le durillon sous-phalangien du gros orteil qui était très développé, a complétement disparu, tandis qu'un durillon normal s'est développé au niveau de la saillie sous-métatarsienne du gros orteil (du talon antérieur).

De même que pour le pied plat-valgus douloureux accidentel, de même dans le pied plat-valgus douloureux congénital, l'ex-

(1) Toutes les figures de ce mémoire sont extraites de mon livre : *De l'électrisation localisée et de son application à la pathologie et à la thérapeutique*, 2e édition. Paris, 1861, p. 896.

périmentation thérapeutique est venue confirmer l'exactitude de la genèse du valgus secondaire que je viens d'exposer. Ainsi il n'est pas un pied plat-valgus congénital douloureux chez lequel je n'aie vu jusqu'à ce jour la douleur provoquée par la station ou la marche disparaître rapidement sous l'influence de la faradisation du long péronier latéral. Les malades ont remarqué alors qu'ils appuyaient de mieux en mieux sur le sol la saillie sous-métatarsienne du gros orteil, où l'on voyait d'ailleurs apparaître un épaississement de l'épiderme. Dans plusieurs cas même, et chez de jeunes sujets, cette excitation faradique suffisamment prolongée du long péronier latéral a développé la voûte plantaire dont la courbe a augmenté progressivement.

ARTICLE II.

Du pied creux-valgus par contracture du long péronier latéral (1).

Le jour où, pour la première fois, je produisis par la faradisation localisée la contracture artificielle du long péronier latéral, j'ai certainement découvert qu'il devait exister une espèce de pied creux-valgus non encore décrit, dont je vais entretenir la Société de chirurgie. Qu'on lise, en effet, dans mon mémoire publié en 1856, la relation de mes expériences électro-physiologiques sur l'action propre du long péronier latéral, et l'on y trouvera la description exacte des symptômes observés dans les faits pathologiques que j'ai recueillis un an plus tard et que je vais relater.

Ayant longuement décrit dans ce mémoire et ayant précédemment résumé le mécanisme des mouvements articulaires du bord interne de l'avant-pied et de l'articulation calcanéo-

(1) Une partie des faits, qui forment la base de ce mémoire, ont été rapportés dans mon livre : *De l'électrisation localisée*, 2e édition. Paris, 1861, p. 896.

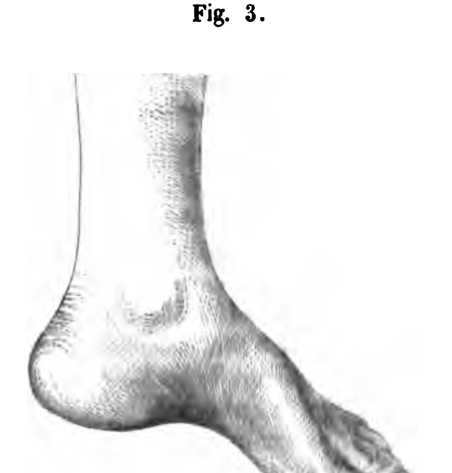
astragalienne, mouvements propres à l'action interne du long péronier latéral, il sera facile de comprendre la genèse de l'espèce de pied creux-valgus dont on trouvera les symptômes dans l'observation suivante :

TROISIÈME OBSERVATION.

Pied creux-valgus, par contracture du long péronier latéral.

En mai 1857, Eugénie Diekman, demeurant rue du Faubourg-Poissonnière, 84, a été affectée, à l'âge de neuf ans, de mouvements choréiques, légers, du côté gauche, dont elle a été guérie en vingt jours par la gymnastique. Ses parents remarquèrent alors que son pied déviait et tournait un peu en dehors. Comme elle n'en éprouvait ni douleur ni gêne dans la marche, ils n'y attachèrent d'abord aucune importance. Cependant la déformation du pied s'aggravant progressivement, ils se décidèrent enfin, en mai 1858, à la conduire à la consultation de M. Bouvier, à l'hôpital des Enfants, rue de Sèvres. Mon honorable confrère voulut bien me l'adresser immédiatement, et je pus ainsi constater chez elle l'existence d'un pied creux-valgus, par contracture du long péronier latéral, dont voici les principaux caractères :

Fig. 3.



Avant le traitement.

Fig. 4.



Avant le traitement.

Fig. 5.



Après le traitement.

1° La voûte plantaire (fig. 3) était beaucoup plus prononcée que du côté sain, par le fait de l'abaissement des différentes pièces osseuses qui constituent le bord interne de l'avant-pied ; la flèche de sa courbe mesurait 3 centimètres et 1 à 2 millimètres.

Le diamètre transversal de l'avant-pied (fig. 4) avait diminué d'un demi-centimètre, au niveau de la tête des métatarsiens ; cet avant-pied avait éprouvé un mouvement de torsion sur l'arrière-pied, et l'on voyait à sa face plantaire des plis cutanés obliques de dedans en dehors et d'arrière en avant. Le pied était renversé en dehors sur son bord interne (voy. la fig. 6), et son extrémité antérieure était tournée en dehors. Ce mouvement d'abduction du pied, qui s'était passé dans l'articulation calcanéo-astragalienne, avait conséquemment fait saillir considérablement la malléole interne. En examinant le pied, pendant qu'il était suspendu et au repos musculaire, l'extrémité antérieure du bord externe de l'avant-pied était

Fig. 6.



Avant le traitement

Fig. 7.



Après le traitement.

plus élevée que la saillie sous-métatarsienne de 3 centimètres et demi à 4 centimètres. Cette élévation était le résultat de l'abaissement de la tête du premier métatarsien au-dessous des autres métatarsiens et de la rotation du pied sur son bord interne, dans l'articulation sous-astragalienne. Le talon n'était plus dans l'axe de la jambe, il avait une direction oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Le tendon du long péronier latéral était saillant au-dessus de la malléole externe (voy. la fig. 8), et l'absence de tension du court péronnier à son attache au dernier métatarsien me permettait de diagnostiquer la contracture isolée de ce muscle. Je faradisai, en effet, le court péronier, et à l'instant je sentis sous mon doigt le tendon de ce muscle se soulever et se tendre, ce qui confirmait le diagnostic précédent. La marche, la station prolongée et même le saut ne provoquaient point de douleur, qui ne se faisait sentir que lorsqu'on voulait ramener le pied à sa position normale. Le long péronier s'opposait d'ailleurs à ces efforts de réduction.

Je songeai à expérimenter, dans ce cas, un mode de traitement électrique que j'ai institué depuis plusieurs années contre les contractures idiopathiques locales et qui est passé dans la pratique ; je veux parler de la faradisation du muscle antagoniste du muscle contracturé chez ma malade ; j'étais encouragé à faire cette tenta-

tive par la connaissance d'un cas de guérison de contracture du long péronier latéral, obtenue par M. Debout, par la faradisation du jambier antérieur, dans un cas semblable. En quelques séances, la contracture du long péronier latéral avait disparu ; la courbe de la voûte plantaire avait diminué, et cependant le pied avait conservé son attitude de valgus. On sentait que le long péronier ne s'opposait plus à la réduction. Certain dès lors que la résistance à cette réduction venait seulement d'anciennes brides qui avaient dû se former pendant les deux années que le pied était resté dans cette attitude vicieuse, je rompis brusquement ces brides, en pesant sur le membre en sens contraire du valgus, et la réduction

Fig. 8.



Avant le traitement.

Fig. 9.



Après le traitement.

fut immédiate et complète. Cette réduction (très douloureuse) fut maintenue par le simple bandage que j'avais appliqué également avec succès après la réduction d'un valgus, chez la malade de l'observation 1. Huit ou dix jours après être restée en repos et ayant conservé ce simple bandage, Eugénie Diekman était complétement guérie, comme le prouvent les figures 5, 7 et 9, qui ont été dessinées d'après son plâtre.

On voit donc, dans ce fait pathologique, que la contracture du long péronier produit nécessairement l'exagération de la voûte plantaire en même temps que le valgus ; ce que, du reste, l'expérience électro-physiologique avait déjà démontré.

Que l'on me permette encore de faire remarquer que ce valgus, quoique des plus prononcés et datant de deux ans, n'a jamais provoqué de douleur; qu'il n'a pas même occasionné le

plus léger trouble dans la marche. Ce fait me semblerait démontrer que ces douleurs siégeant au niveau de la partie antérieure et externe de l'articulation sous-astragalienne ne sont pas produites par le valgus, mais bien plutôt par l'écrasement de certains points des surfaces de cette articulation sous-astragalienne sur laquelle porte, tout le poids du corps, pendant la station, ainsi que j'en ai donné l'explication dans l'étude du pied plat-valgus douloureux. Or, cet écrasement ne peut avoir lieu dans le pied creux-valgus par contracture du long péronier, car alors le pied reposant sur ses points normaux (le talon et la saillie sous-métatarsienne), le poids du corps et la résistance du sol exercent principalement leur action sur l'articulation tibio-tarsienne.

Que l'on ne croie pas cependant que le pied creux-valgus par contracture du long péronier latéral soit toujours indolent. Tout récemment, M. Bouvier m'en a fait observer un cas dans lequel l'abduction étant telle que le pied reposait principalement sur la face interne du scaphoïde, la peau était devenue dans ce point très douloureuse à la pression; ce qui empêchait le sujet de se tenir ou de marcher. Dans deux autres cas, j'ai observé qu'il existait des douleurs rhumatoïdes qui me paraissaient être la cause de la contracture et qui augmentaient par la marche.

Désirant abréger autant que possible cette étude sur le pied creux-valgus par contracture du long péronier latéral, je n'exposerai pas d'autres faits analogues à celui que je viens de relater et que j'ai recueillis après lui.

Voici en résumé les symptômes principaux que j'ai observés dans tous ces faits et qui caractérisent le pied creux-valgus par contraction du long péronier latéral : 1° abaissement de la saillie sous-métatarsienne et augmentation de la voûte plantaire (voy. la fig. 3) ; 2° diminution du diamètre transverse de l'avant-

pied, au niveau des têtes des métatarsiens et torsion de l'avant-pied sur l'arrière-pied, produisant des plis obliques à la face plantaire (voy. la fig. 4); 3° mouvement de valgus dans l'articulation calcanéo-astragalienne (voy. la fig. 6); 4° saillie du tendon du long péronier latéral au-dessus de la malléole externe (voy. la fig. 6); 5° enfin la contracture du court péronier et du long extenseur des orteils compliquant quelquefois la contracture du long péronier latéral.

Diagnostic différentiel de la contracture du long péronier latéral. —Le diagnostic de la contracture du long péronier est certes des plus faciles et cependant on pourrait, si l'on n'y prenait garde, confondre la déformation du pied qu'elle produit, avec une affection toute contraire : le valgus pied plat. On se contente, en effet, généralement d'examiner les sujets affectés de ces espèces de valgus dans la station debout ou pendant la marche. Alors, comme dans la contracture du long péronier latéral, le bord interne du pied semble toucher le sol dans toute sa longueur, parce que le poids du corps et la résistance du sol diminuent la courbure de la voûte plantaire en pressant sur ses deux extrémités; on ne manque pas de diagnostiquer l'existence d'un pied plat-valgus. Si, dans ce cas, on examine le pied, pendant qu'il est suspendu et au repos musculaire, on reconnaît bien vite, aux signes décrits ci-dessus, que le pied plat n'était qu'apparent, que c'est, au contraire, un pied creux-valgus par contracture du long péronier. J'ai vu commettre cette erreur de diagnostic par des hommes d'un grand savoir, erreur qu'ils eussent évitée si, connaissant les signes propres au pied creux-valgus par contracture du long péronier latéral, ils eussent été sur leurs gardes.

Il est ressorti des faits que j'ai exposés sur les paralysies et sur les contractures des muscles moteurs du pied, qu'il existe

trois espèces de pied creux : 1° le pied creux par contracture du long péronier latéral (voy. la fig. 3); 2° la griffe pied creux par excès d'action des extenseurs des premières phalanges, consécutivement à la paralysie des muscles interosseux, fléchisseur et adducteur du gros orteil (voy. la fig. 10) ou dans l'équin (voy. la fig. 11); 3° le talus pied creux par inflexion de l'avant-pied sur l'arrière-pied, consécutivement à la paralysie ou à l'atrophie

Fig. 10. Fig. 11. Fig. 12.



du triceps sural (voy. la fig. 12). Tous ces pieds creux ont entre eux quelque ressemblance, et quoique leur genèse [j'ai exposé ailleurs la genèse des trois derniers (1)] soit essentiellement différente, on pourrait, au premier abord, attribuer la voûte plantaire à l'excès d'action du long péronier latéral. Il est donc nécessaire de faire ressortir ici les signes qui distinguent le pied creux par contracture de ce dernier muscle, des autres espèces de pied creux.

Dans la griffe pied creux consécutive à la paralysie des muscles interosseux, adducteur et court fléchisseur du gros orteil (voy. la fig. 10), dont le mécanisme a été expliqué ailleurs, la courbe de la voûte plantaire ressemble à celle qui est

(1) *De l'électrisation localisée et de son application à la pathologie et à la thérapeutique*, 2e édition, chap. XVII, art. 3, § 5.

produite par la contracture du long péronier latéral (voy. la fig. 3). On comprend qu'il en doit être ainsi ; car l'exagération de cette voûte résulte ici de l'abaissement de la tête du premier métatarsien ; seulement les deux voûtes diffèrent entre elles par la manière dont elles sont produites. Dans l'une (fig. 10), la tête du premier métatarsien a été refoulée de haut en bas par la première phalange du gros orteil subluxée en haut sur le premier métatarsien ; tandis que dans l'autre (fig. 3) c'est le premier métatarsien qui est mis en mouvement de haut en bas dans son articulation avec le premier cunéiforme. Mais la direction des forces qui, dans ces deux cas, mettent le premier métatarsien en mouvement, est différente et permet d'en établir le diagnostic différentiel. Ainsi l'une agit directement en bas et ne meut que le premier métatarsien dont elle déprime la tête ; l'autre force (celle du péronier latéral) agit, en outre, obliquement de dedans en dehors sur cet os, de sorte qu'en abaissant ce dernier, ainsi que les autres os du bord interne de l'avant-pied, elle diminue le diamètre transversal de l'avant-pied (voy. la fig. 4) et place le pied dans l'abduction (voy. la fig. 6). Ces mouvements obliques en dehors distinguent le pied creux par contracture du long péronier latéral, de la griffe pied creux consécutive à la paralysie des muscles interosseux, adducteur et court fléchisseur du gros orteil. Enfin, l'on n'observe pas, dans le premier, la griffe des orteils, ni dans la seconde la saillie tendineuse du long péronier latéral (voy. la fig. 8).

Personne ne confondra le pied creux par contracture du long péronier latéral (fig. 3) avec le pied creux par contracture du triceps sural (fig. 11). Celui-ci se distingue du premier par l'équinisme, par la résistance du tendon d'Achille à la flexion du pied sur la jambe et par l'absence des autres signes qui sont propres à la contracture du long péronier latéral.

Lorsque l'équin a été réduit par la ténotomie ou à l'aide de

moyens mécaniques, la griffe pied creux persiste encore, parce que les tissus qui environnent l'articulation déformée (ligaments, muscles) s'étant accommodés à l'attitude pathologique, se sont rétractés dans le sens de la flexion et allongés dans le sens contraire. Cette griffe se distingue encore de la griffe pied creux consécutive à la contracture du long péronier par l'absence de l'abduction du pied, de la saillie du tendon du long péronier au-dessus de la malléole et de la torsion de l'avant-pied sur l'arrière-pied, tous signes qui sont propres à cette dernière contracture.

Consécutivement à la paralysie ou à l'atrophie du triceps sural, le talon s'abaisse progressivement, et en même temps l'avant-pied s'infléchit sur l'arrière-pied dans l'articulation médio-tarsienne. Le talus pied creux qui en résulte (voy. la fig. 12) ne saurait être confondu avec le pied creux par contracture du long péronier latéral, dont il se distingue par la chute du talon, par l'impossibilité ou la difficulté d'étendre le pied dans l'articulation tibio-tarsienne, ou de faire saillir le tendon d'Achille pendant un effort d'extension du pied.

Lorsque la contracture du long péronier latéral survient chez un sujet déjà affecté d'un pied plat congénital, ses signes diagnostiques diffèrent considérablement de ceux que j'ai exposés; cependant ils ne peuvent échapper à un observateur attentif. J'ai eu occasion de les constater dans le fait suivant.

QUATRIÈME OBSERVATION.

En 1853, un jeune homme âgé de vingt et un ans et présentant un double pied plat congénital, est entré à l'hôpital de la Clinique dans le service de M. Nélaton, pour s'y faire traiter, disait-il, d'une foulure du pied droit, qui datait de plusieurs semaines et qui l'empêchait de marcher. Du côté droit, au niveau de l'articulation du premier métatarsien avec le premier cunéiforme et sur la face dorsale, la peau était rouge, gonflée et très douloureuse au toucher. La douleur avait augmenté progressivement ainsi que la petite tumeur et le gonflement qui entourait l'articulation du premier métatarsien avec le premier cunéiforme. Dans ce point, le

premier métatarsien était subluxé en bas sur le premier cunéiforme dont le bord antérieur et supérieur était saillant d'un demi-centimètre environ au-dessus du bord supérieur de l'extrémité postérieure du premier métatarsien. L'extrémité antérieure de ce dernier était conséquemment beaucoup plus abaissée que du côté opposé. Cherchait-on à relever cet os, on provoquait une vive douleur dans son articulation avec le premier cunéiforme, et l'on sentait alors une résistance très grande, opposée par le long péronier latéral dont le tendon saillant au-dessus de la malléole externe s'étendait encore davantage pendant ces efforts. Le pied était aussi dans l'attitude du valgus et les efforts de réduction que l'on exerçait sur lui tendaient très fortement le tendon du long péronier, et provoquaient de la douleur dans l'articulation du premier métatarsien avec le premier cunéiforme. Le tendon du long péronier a été ténotomisé; après cette opération, le valgus a été réduit et l'on a pu relever le premier métatarsien dans son articulation avec le premier cunéiforme. Quant à la douleur de cette articulation et du point de la peau qui était soulevée par le bord antérieur et supérieur du premier cunéiforme, elle a cédé assez vite à des applications de cataplasmes.

En somme, une contracture du long péronier latéral, chez un adulte affecté du pied plat congénital, peut abaisser progressivement le premier métatarsien qu'elle subluxe sur le premier cunéiforme. Mais comme les ligaments dorsaux des autres articulations du bord interne du pied sont rétractés, ces dernières articulations résistent à l'action du long péronier; celle du premier métatarsien avec le premier cunéiforme, sur laquelle ce muscle agit plus spécialement, est la seule qui alors cède à la contracture de ce muscle. Par le fait du tiraillement qu'elle éprouve, cette articulation devient douloureuse et s'enflamme ainsi que la peau qui l'entoure, et bientôt le malade ne peut plus supporter la chaussure ni appuyer sur ce pied. Le pied n'est plus plat, puisque la saillie sous-métatarsienne est abaissée par la contracture du long péronier; mais cet abaissement du premier métatarsien ne produit pas une voûte plantaire; cet os est comme infléchi sur le premier cunéiforme : tels sont les caractères de la contracture du long péronier latéral chez un sujet affecté de pied plat.

Avant le cas de pied creux-valgus par contracture du long péronier latéral, relaté dans la troisième observation, j'en avais

recueilli plusieurs autres analogues. Tout récemment, M. Barthez a soumis à mon diagnostic un jeune garçon nommé Charles, couché au n° 4 de la salle Saint-Jean, hôpital Sainte-Eugénie, et qui présentait aussi un pied creux-valgus par contracture du long péronier latéral parfaitement caractérisé. Je ne rapporte pas cette observation pour ne pas donner trop d'extension à ce travail. Je signalerai seulement un autre point de ressemblance avec le fait que j'ai relaté. C'est que chez le petit malade de M. Barthez la contracture est survenue à la suite de la chorée. — Mon ami, M. Debout, m'a dit avoir recueilli un fait semblable (1). Il est donc probable que le pied creux-valgus par contracture du long péronier latéral, n'est pas une affectin rare, et que l'on n'a pu jusqu'à présent confondre dans la pratique un assez grand nombre de ces pieds bots avec le valgus pied plat, par faiblesse ou par paralysie du long péronier latéral.

ARTICLE III.

Réfutations des objections de M. Bonnet (de Lyon) contre les principes physiologiques, exposés dans ce travail.

La solution de l'un des problèmes importants de cet article, l'étude des fonctions du long péronier latéral, est aussi complète que possible; les éléments de ma démonstration ont été puisés dans l'expérimentation électro-physiologique, dans la pathologie et dans la thérapeutique, éléments qui, eux-mêmes, se sont contrôlés et prouvés mutuellement.

Malgré cet ensemble de preuves, ces nouveaux principes physiologiques, qui ont mis en lumière la genèse du pied plat-valgus, n'ont pas été compris, à mon grand regret, par M. Bonnet (de Lyon). Ce célèbre chirurgien m'a fait l'honneur, ainsi que

(1) Ce fait a été le sujet d'une note adressée plus tard à la Société de chirurgie par M. Debout, l'un de ses membres titulaires, sous le titre suivant : *Considérations sur le pied creux valgus accidentel, et son traitement par l'électrisation localisée.*

je l'ai dit, de discuter et de combattre ces principes dans des leçons cliniques.

M. Bonnet est, on le sait, l'un de ceux qui se sont occupés avec le plus de distinction, des difformités qui peuvent affecter le pied, et, en particulier, de l'espèce de valgus, désignée par M. Guérin sous le nom de *pied plat-valgus douloureux*. La haute position scientifique de mon contradicteur ne me permet pas de laisser ses arguments sans réponse.

« Je ne puis passer sous silence, dit M. Bonnet, les idées de » M. Duchenne (de Boulogne) sur la genèse du pied plat-valgus, » car elles trouvent ici une application directe. Elles peuvent se » résumer ainsi : le long péronier latéral abaisse le bord interne » de l'avant-pied et maintient la voûte plantaire. Quand il est » paralysé, le pied plat-valgus survient. Ces assertions sont tel- » lement en opposition avec ce que l'observation démontre, que » nous chercherons à leur répondre et par le raisonnement et » par les faits. »

Ce raisonnement et ces faits sont autant d'erreurs scientifiques ou de diagnostic, et je le prouve :

1° « Et d'abord, dit M. Bonnet, en même temps que le long péronier latéral abaisse la pointe du pied (il devait dire le bord interne de l'avant-pied ou la saillie sous-métatarsienne), ne le renverse-t-il pas en dehors et ne le porte-t-il pas dans l'abduction ? Ce sont là les éléments essentiels du valgus (1). »

Oui, certes, ce sont bien là les éléments d'un valgus, mais d'une espèce de valgus pied creux et non du valgus pied plat dont M. Bonnet veut contester la genèse que j'ai proposée : cette espèce de valgus pied creux par contracture du long péronier latéral a été méconnue par M. Bonnet. Il est vrai qu'elle n'avait pas encore été décrite avant les recherches que j'ai exposées dans l'article précédent.

(1) *Loc. cit.*, p. 535.

Les faits pathologiques que je viens de faire connaître, qui ne sont pas rares, comme on le voit, et que l'on trouvera sans doute plus fréquents, quand on saura les diagnostiquer, démontrent que l'augmentation de la voûte plantaire est inséparable de la contracture du long péronier latéral. En conséquence, l'existence du pied plat exclut nécessairement toute idée de la contracture du long péronier latéral, et comme corollaire de cette dernière déduction, je conclurai de tout ce qui précède que l'action propre, ou la contracture du long péronier, loin de fournir les éléments essentiels du pied plat-valgus, comme le croyait M. Bonnet, produit, au contraire, un pied creux.

2° Voici le second argument de M. Bonnet : « Dans les cas de pied bot-valgus par rétraction musculaire, l'extrémité antérieure du premier métatarsien, dit-il, se relève; si la voûte plantaire s'aplatit, c'est que les extenseurs ont vaincu le long péronier qui, dès lors, ne fait plus que renverser le pied en dehors et le porter dans l'abduction. »

Cette objection, s'il est possible, est encore plus malheureuse que la première, car elle repose sur une grosse erreur physiologique. Il est, en effet, démontré par l'expérience électro-physiologique directe que le long extenseur des orteils (fléchisseur abducteur du pied) est absolument sans action sur le bord interne de l'avant-pied, et que le jambier antérieur est le muscle destructeur de la voûte plantaire, le seul antagoniste du long péronier latéral.

3° Passons maintenant aux faits qui me sont opposés par mon savant contradicteur.

« Mais, dit plus loin M. Bonnet, les faits sont des arguments d'une bien plus grande valeur. Voyez nos premières observations. Il a suffi de couper le tendon des péroniers, et sans effort le pied plat a été ramené à sa direction normale. »

Dans ces cas de pieds plats-valgus, opérés et rapportés par

M. Bonnet, le court péronier latéral était contracturé: La section de ce muscle devait donc permettre la réduction immédiate du valgus. M. Bonnet croyait, il est vrai, que dans ces pieds plats la déviation du pied était maintenue principalement par la rétraction du long péronier : c'est pourquoi il s'en est fait une arme contre mes idées sur la genèse du pied plat-valgus. Il est aujourd'hui de toute évidence que c'était de sa part une erreur de diagnostic, puisque j'ai démontré plus haut que l'*existence du pied plat exclut toute possibilité de contracture de ce muscle.*

C'est, sans aucun doute, le relief considérable du tendon du court péronier latéral, au-dessus de la malléole externe, dans les cas de contracture de ce muscle, qui a fait croire à l'existence de la contracture des deux péroniers latéraux. Il est extrêmement difficile, sinon impossible, de reconnaître à la saillie de ce relief si l'un ou l'autre de ces muscles, ou si les deux muscles à la fois sont dans un état de contracture. Que l'on fasse contracter ces muscles isolément et alternativement (1), ou ensemble, par la faradisation localisée, en maintenant le doigt placé sur leur tendon, et l'on se convaincra de l'exactitude de mon assertion. On ne reconnaît la contraction du court péronier que par le soulèvement et la tension de son tendon, au niveau de son attache au dernier métatarsien et par les mouvements qui lui sont propres. L'absence de la saillie de ce dernier tendon, dans le point indiqué, et l'abaissement du bord interne de l'avant-pied, suivi d'un mouvement d'abduction du pied, annoncent seuls la contraction isolée du long péronier latéral.

L'erreur de diagnostic commise par M. Bonnet (je devrais dire par les chirurgiens, dans des cas analogues) a fait adopter en chirurgie une opération déplorable : la ténotomie des péro-

(1) Il est vrai que M. Bonnet nie, dans sa critique, la possibilité d'obtenir ces contractions isolées. Comme cette expérience a été faite des milliers de fois et très souvent publiquement, l'objection de M. Bonnet n'a point de valeur.

niers latéraux, derrière la malléole externe. Il a été, en effet, démontré par les faits que j'ai rapportés précédemment, que le pied plat-valgus est, en général, occasionné ou aggravé par le défaut ou par l'insuffisance d'action du long péronier latéral (le mécanisme des déformations et des accidents qui en sont la suite, en est maintenant parfaitement connu). En conséquence, une opération dans laquelle on divise le tendon de ce muscle qui n'est pas contracturé, comme cela est maintenant établi, aggrave infailliblement la maladie principale : le pied plat et la tendance au valgus. Si la rétraction du court péronier fait obstacle à la réduction du valgus, que la division soit faite près de son attache au dernier métatarsien. En suivant ce précepte déduit des données physiologiques que j'ai exposées, non-seulement on ne lèse pas un muscle qui n'est pas contracturé, mais on se ménage la facilité d'en traiter la paralysie ou d'en augmenter la force par la faradisation, et d'arriver ainsi à la cure radicale de la maladie. Telle a été, dans le cas de pied plat-valgus douloureux que j'ai relaté précédemment (obs. 2), la méthode opératoire suivie par M. Richard, qui s'était pénétré des données physiologiques que j'ai exposées.

On me pardonnera, j'espère, cette excursion chirurgicale, puisqu'elle fait ressortir l'importance des principes physiologiques que je défends, en montrant une des déductions pratiques que l'on peut en tirer.

En résumé, les arguments et les faits opposés par M. Bonnet (de Lyon) contre les principes physiologiques que j'ai exposés sur les fonctions du long péronier latéral et contre la genèse du pied plat-valgus qui découle de ces principes, ne reposent que sur des erreurs physiologiques et pathologiques.

Conclusions.

Il était démontré par mes recherches électro-physiologiques et pathologiques antérieures : 1° que le long péronier latéral est

le seul muscle abaisseur de l'extrémité antérieure et interne de l'avant-pied (de la saillie sous-métatarsienne du gros orteil), le seul muscle antagoniste du jambier antérieur qui agit en sens contraire sur les articulations du bord interne de l'avant-pied; 2° que la courbe plus ou moins prononcée de la voûte plantaire est placée conséquemment sous la dépendance absolue du long péronier latéral, et que sa faiblesse ou son défaut d'action, donnant une prédominance au jambier antérieur, le pied devient nécessairement plus ou moins plat; 3° que par le fait de l'élévation du bord interne et antérieur de l'avant-pied, et par le fait de l'impossibilité ou de la difficulté d'abaisser la saillie sous-métatarsienne du gros orteil, l'avant-pied qui est devenu varus, n'appuie plus sur le sol que par son bord externe; 4° que ce faux point d'appui agit sur l'articulation sous-astragalienne de manière à produire un valgus, et que le jambier antérieur étant incapable de résister à ce mouvement pathologique, qui, dans ce cas, se produit d'une manière incessante pendant la station et la marche, les surfaces de l'articulation sous-astragalienne, foulées en dehors l'une contre l'autre, finissent par devenir douloureuses; 5° enfin, que ces douleurs continues provoquent même des contractures qui elles-mêmes exagèrent le valgus.

Les faits électro-thérapeutiques exposés dans le présent travail, sont une nouvelle preuve de l'exactitude de cette genèse du pied plat-valgus douloureux. Il en ressort, en effet : 1° que la paralysie ou la faiblesse du long péronier latéral suffit pour produire le pied plat-valgus douloureux; 2° que, dans ce cas, ce muscle, après avoir recouvré ses mouvements et sa force, sous l'influence de la faradisation localisée, a développé progressivement la courbe de la voûte plantaire; 3° que chez les sujets affectés de pied plat-valgus douloureux et qui, après leur traitement, pouvaient abaisser puissamment le bord interne de

l'avant-pied, la saillie sous-métatarsienne du gros orteil appuyait solidement sur le sol, pendant la station et la marche; 4° qu'à dater de ce moment, les douleurs habituelles n'ont plus été provoquées par la marche et par la station, alors même que le valgus n'avait pas encore été réduit, tandis que la réduction de ce valgus ne fait pas disparaître ces douleurs, lorsque la paralysie ou la faiblesse du long péronier n'est pas guérie.

La contracture du long péronier latéral produit nécessairement un pied creux-valgus; conséquemment l'existence d'un pied plat ne permet pas d'admettre la possibilité de cette contracture.

RAPPORT

SUR LE MÉMOIRE DE M. DUCHENNE (DE BOULOGNE)

INTITULÉ

DU PIED PLAT-VALGUS

PAR PARALYSIE DU LONG PÉRONIER LATÉRAL,

ET

DU PIED CREUX-VALGUS

PAR CONTRACTURE DU MÊME MUSCLE;

Par M. BOUVIER.

(Au nom d'une Commission composée de MM. Gosselin, Richet et Bouvier).

Le travail de notre estimable confrère, M. le docteur Duchenne, a pour objet de faire connaître un détail de la mécanique du pied humain à peu près ignoré avant ses recherches, savoir : le mouvement particulier au premier os du métatarse, ses agents et son influence sur la conformation du pied dans l'état physiologique, comme dans l'état pathologique.

On n'attribue avec raison au métatarse que des glissements obscurs de haut en bas et de bas en haut sur le tarse, ainsi qu'un mouvement très borné de rapprochement et d'écartement des métatarsiens. Mais ces os sont, en outre, entraînés dans tous les mouvements des os du tarse qui les supportent, ce qui ajoute singulièrement à l'étendue de leurs mouvements propres. Le scaphoïde en particulier exerce, à cet égard, une influence très prononcée en raison de sa grande mobilité sur la tête de l'astragale.

Cette mobilité du scaphoïde n'avait guère été envisagée jusqu'ici qu'à un point de vue, que dans ses rapports avec l'abduction et l'adduction du pied ; mais elle a de plus une influence

remarquable sur la voûte plantaire. L'abaissement du premier os du métatarse produit par le mouvement correspondant du scaphoïde et un peu accru par l'abaissement du premier cunéiforme, et peut-être par un mouvement à peine appréciable du premier métatarsien lui-même, augmente la courbure de la voûte plantaire et le relief de la saillie sous-métatarsienne, particulièrement vis-à-vis du gros orteil. L'élévation du même os détermine des effets opposés, c'est-à-dire diminue la courbure plantaire et efface en partie la saillie du coussinet fibro-graisseux qui correspond aux têtes des premiers métatarsiens, sorte de talon antérieur, constituant une partie essentielle de la base de sustentation.

Le mouvement du scaphoïde et du premier métatarsien est surtout très prononcé dans les efforts d'abduction et d'adduction du pied. Ces derniers mouvements sont en quelque sorte la pronation et la supination de la main à l'état rudimentaire. Lorsqu'ils s'exécutent, l'astragale représente un point fixe, autour duquel tourne le reste du pied. Le scaphoïde et le cuboïde, dans ce cas, sont entraînés par le calcanéum ; mais ils ont, en outre, un mouvement propre qui ajoute à la torsion et au changement de direction de l'avant-pied. Le premier métatarsien tourne alors sur lui-même en même temps qu'il se meut de haut en bas et de bas en haut, et la voûte plantaire présente les changements alternatifs qui se lient à ces derniers mouvements.

En fixant le calcanéum, on peut observer le mouvement isolé du scaphoïde et du cuboïde, la légère torsion qu'il produit et les mouvements du premier métatarsien qui influent sur la courbure plantaire. On conçoit même que ceux-ci puissent se produire isolément, quoique dans une bien petite étendue, par le seul mouvement du scaphoïde, le cuboïde restant à peu près immobile.

Le deuxième et le troisième métatarsien sont quelque peu entraînés, avec les cunéiformes qui les supportent, dans le mouvement vertical du scaphoïde et du premier os du métatarse; mais on peut négliger leur mouvement, qui est à peine sensible.

Si l'on fait abstraction des autres os du pied, on peut considérer le scaphoïde, le premier cunéiforme et le premier métatarsien comme formant un levier unique un peu flexible, dont l'extrémité antérieure s'incline vers la plante du pied ou se relève, selon que l'extrémité postérieure glisse de haut en bas ou de bas en haut autour de la tête de l'astragale, en même temps que le levier lui-même se plie dans l'un ou l'autre sens.

Deux muscles, d'après les recherches de M. le docteur Duchenne, le long péronier latéral et le jambier antérieur, sont les agents de ces deux mouvements opposés.

Sœmmering avait déjà dit du long péronier, qu'il rend la plante du pied creuse et qu'il presse contre le sol les premier et deuxième métatarsiens : « Plantam cavam reddit, os metatarsi » hallucis et digiti secundi ad terram urget (1). » Bourgery avait dit que le long péronier abaisse le bord interne du pied, et il avait fait pressentir l'importance de ce mouvement dans la station et la progression (2). Mais aucun anatomiste, que je sache, n'avait reconnu que le jambier antérieur efface la courbure plantaire. Bichat va même jusqu'à refuser aux muscles le pouvoir d'aplatir le pied : « La forme concave que prend cette partie, dit-il, est communiquée par les muscles, tandis que l'aplatissement, *toujours passif*, est un effet de la pression du pied contre le sol (3). » Il était réservé à M. le docteur Duchenne de réparer l'omission commise par les auteurs.

(1) Sœmmering, *De corporis humani fabrica*, t. III, p. 317, 1795.

(2) Bourgery, *Anatomie de l'homme*, t. II, p. 105, 1851.

(3) Bichat, *Anatomie descriptive*, t. Ier, p. 461, 1829.

Le jambier antérieur et le long péronier sont merveilleusement appropriés à leur rôle d'antagonistes. Tout est contraste dans leur disposition anatomique, comme dans leur action. L'un s'enroule sur le bord interne du pied; l'autre sur son bord externe. L'un est inséré en dedans et un peu en haut, à la base du premier métatarsien; l'autre s'attache en dehors, au point diamétralement opposé. L'un est fléchisseur du pied, l'autre extenseur. L'un imprime au pied un mouvement de rotation de dehors en dedans et le porte dans l'adduction; l'autre produit la rotation en dehors et l'abduction. Celui-ci est abaisseur du levier scaphoïdo-métatarsien; celui-là en est l'élévateur. Le jambier éloigne du sol la saillie sous-métatarsienne, écarte le premier métatarsien, le premier cunéiforme des os voisins et rend le pied plat; le péronier rend le pied creux, rapproche le métatarsien et le cunéiforme des autres os, et appuie le talon antérieur contre le sol.

D'après Sœmmering (1), le jambier antérieur *fléchit* — de bas en haut sans doute, — l'articulation du premier cunéiforme avec le scaphoïde et avec le premier métatarsien. M. Duchenne, si je l'ai bien compris, admettrait également que le jambier antérieur et le long péronier meuvent le premier métatarsien sur le cunéiforme correspondant, en même temps que ce cunéiforme sur le scaphoïde, et le scaphoïde sur l'astragale. Mes propres recherches ne m'ont pas fait voir de mouvement bien distinct du premier métatarsien sur le premier cunéiforme, lorsqu'on simule, sur le cadavre, l'action du long péronier et du jambier antérieur, soit qu'on laisse les divers os libres d'obéir à cette action, soit qu'on les retienne l'un après l'autre de manière à étudier séparément le jeu de chaque articulation. Si l'on vient à considérer le mode de terminaison des deux muscles, on comprend qu'ils ne puissent agir que très faible-

(1) *Loc. cit.*, t. III, p. 319.

ment, dans l'état normal, sur l'articulation du premier métatarsien avec le premier cunéiforme. En effet, le tendon unique du jambier antérieur, bifurqué pour s'insérer à la fois sur ces deux os, ne peut leur transmettre qu'un seul et même effort, qui doit leur imprimer, à bien peu de chose près, la même quantité de mouvement. Les deux portions du tendon paraissent également tendues dans les tractions qu'on exerce sur le muscle, et l'on ne voit pas la postérieure relâchée pendant que l'antérieure agirait sur le premier métatarsien seul, comme cela devrait être si cet os était d'abord mû isolément. Le long péronier, d'après la plupart des auteurs, ne s'attacherait qu'au premier métatarsien. Cela n'est pas tout à fait exact. Sœmmering est plus près de la vérité, en disant qu'il se fixe ordinairement aux premier et deuxième métatarsiens, et au premier cunéiforme (1). J'ai reconnu, en effet, que le tendon lui-même s'insère au premier métatarsien, mais qu'une petite aponévrose triangulaire, détachée de son bord postérieur, va se fixer au premier cunéiforme, et que quelques filaments ténus s'étendent jusqu'au deuxième métatarsien. Or, en tirant sur le tendon, on voit son expansion aponévrotique se tendre aussitôt et entraîner le cunéiforme, de sorte qu'ici encore les deux os doivent recevoir une impulsion à peu près égale dès le début de la contraction. Je ne parle pas, bien entendu, des cas de mobilité pathologique.

D'après les observations de M. le docteur Duchenne, le jambier antérieur et le long péronier sont les seuls muscles capables d'agir *directement* sur le premier métatarsien de manière à modifier la courbure du pied. Le jambier postérieur est sans influence sous ce rapport. Les fléchisseurs des orteils creusent la plante du pied, mais d'une tout autre manière ; ils ne changent pas la position du premier métatarsien. Les extenseurs

(1) *Loc. cit.*, t. III, p. 317.

des orteils l'abaissent dans certaines conditions pathologiques, mais *indirectement*.

Associés à d'autres muscles moteurs du pied, le long péronier et le jambier antérieur ne produisent plus qu'une partie des mouvements qui leur sont propres. Ainsi, dans l'action combinée du long péronier et du triceps sural, le premier de ces muscles ne porte plus le pied dans l'abduction, son effort dans ce sens étant contre-balancé par la contraction du triceps sural; il n'est plus qu'extenseur du pied et abaisseur du premier métatarsien. Si c'est l'extenseur commun des orteils qui unit son action à celle du long péronier, celui-ci n'étend plus le pied et reste seulement abducteur et abaisseur du bord interne. De même, le jambier antérieur, uni au triceps sural, perd le pouvoir de flexion, et n'est plus qu'adducteur et releveur du premier métatarsien. S'il agit avec l'extenseur commun, il n'est, au contraire, que fléchisseur et élévateur du métatarsien.

Ces combinaisons d'actions sont des plus variées dans l'état pathologique, selon le siége de la contracture ou de la paralysie musculaire. Il ne fallait rien moins que les persévérantes investigations de M. le docteur Duchenne pour démêler, à ce point de vue, le véritable caractère des nombreuses formes morbides qui en résultent. Toutefois, je ne vous entretiendrai pour le moment, d'après le contenu du travail dont nous avons à vous rendre compte, que de deux affections simples, la paralysie et la contracture du long péronier latéral.

I. Paralysie du long péronier latéral.

Il semblerait, d'après les données physiologiques, que la paralysie du long péronier, faisant prédominer le jambier antérieur, doit déterminer, outre un pied plat, une adduction exagérée, un *varus*, comme la contracture du même muscle produit un pied

creux et l'abduction permanente, c'est-à-dire le valgus. Cependant M. le docteur Duchenne intitule son travail : *Du pied plat-*VALGUS *par paralysie du long péronier latéral, et du pied creux-*VALGUS *par contracture du même muscle.* Il y a donc *valgus* dans les deux cas; la paralysie d'un muscle essentiellement *abducteur*, de même que sa contracture, entraîne l'*abduction* du pied. J'avoue qu'au premier abord je n'ai pu voir dans cette assertion qu'un étrange paradoxe. Je dois convenir aujourd'hui que les preuves réitérées qu'en a données M. Duchenne ne permettent guère de douter de l'exactitude du fait. Pour se rendre raison de ce fait, en apparence si singulier, il faut se rappeler cet aplatissement passif du pied déjà indiqué par Bichat, cette action incessante de la pesanteur, tendant, dans la station, à abaisser le sommet de la courbe tarso-métatarsienne. Le long péronier est le principal antagoniste de cette force. Supprimez par la pensée sa corde tendineuse, qui sous-tend, en quelque sorte l'arc plantaire, et celui-ci va s'affaisser sous le poids du corps; le bord interne du pied va toucher le sol. C'est ce qui arrive dans la paralysie ou dans l'affaiblissement du long péronier. Mais, en agissant ainsi sur la partie interne du pied, qui se trouve dans le prolongement de la ligne de gravité, la force de la pesanteur fait glisser l'astragale sur le calcanéum, renverse ce dernier os, déprime le scaphoïde par rapport au cuboïde, et produit, en un mot, la rotation du pied qui relève son bord externe, qui tourne la plante en dehors et qui caractérise le mouvement d'abduction. Cette attitude, premier degré du valgus, n'est d'abord que passagère. Quand la station se fait sur la pointe du pied, le triceps sural, qui est à la fois extenseur et adducteur, retourne la plante en dedans et fait porter le poids du corps sur le côté externe de la pointe. Lorsque le membre est détaché du sol, le jambier antérieur reprend son empire, relève la tête du premier métatarsien et avec elle tout

le bord interne du pied, et produit l'attitude de l'adduction ou d'un varus commençant. Mais, avec le temps, le pied se déforme par l'allongement des ligaments distendus, les abducteurs (le court péronier latéral, le long extenseur des orteils), se raccourcissent et le valgus devient permanent. C'est alors aussi qu'il devient souvent douloureux par le tiraillement des ligaments, par la pression et le froissement des os, par l'inflammation des gaînes tendineuses.

Ces phénomènes ont été observés invariablement par M. Duchenne dans tous les cas de paralysie ou de faiblesse du long péronier qu'il a rencontrés. Ils expliqueraient, suivant lui, la *genèse* de ce qu'on a appelé le *valgus pied plat douloureux*, et ils feraient voir l'erreur dans laquelle on était tombé en attribuant cette déformation à la rétraction des *deux* péroniers latéraux.

Il ne m'est pas démontré néanmoins que tous les valgus pieds plats se produisent suivant ce mécanisme, et M. Duchenne lui-même n'ose affirmer que le valgus pied plat congénital se développe toujours de cette manière, la faiblesse du long péronier n'étant pas constante dans cette circonstance.

Cette faiblesse, même lorsqu'elle existe, ne pourrait-elle pas être, dans certains cas, consécutive, au lieu de constituer la première cause du mal ?

Quoi qu'il en soit, ce sera désormais une règle de pratique, que de s'assurer avec soin de l'état de la contractilité volontaire dans le long péronier latéral, avant d'entreprendre le traitement de tout valgus pied plat. Si ce muscle et son tendon sont mous et relâchés; si le doigt appuyé contre la saillie sous-métatarsienne n'est pas repoussé, ou est repoussé mollement par l'effort du sujet; si, dans la station sur la pointe du pied, le corps ne porte presque que sur les derniers métatarsiens; si le pied, soulevé, se tourne en dedans par l'élévation de son bord interne; si le malade ne peut exécuter un mouvement complexe

d'extension, d'abduction du pied et d'abaissement de la tête du premier métatarsien; si, en provoquant ce mouvement, on ne sent pas le corps charnu du muscle durcir, se gonfler, ni son tendon se tendre et se soulever, nul doute que le long péronier ne soit atteint de paralysie ou de faiblesse plus ou moins considérable. Lorsqu'il a conservé sa contractilité électrique, ce diagnostic est confirmé par l'électrisation, qui produit sur-le-champ le retour apparent de la fonction lésée. Le diagnostic de la paralysie n'est pas douteux quand l'irritabilité électrique est éteinte ou notablement affaiblie.

La réunion de ces signes ou de la plupart d'entre eux me paraît nécessaire pour démontrer l'affaiblissement du long péronier. S'ils sont peu prononcés ou incomplets, si en même temps on observe quelque contracture des autres abducteurs (court péronier, extenseur des orteils), nous pensons qu'on ne saurait conclure avec certitude de la seule existence du pied plat à la réalité d'un défaut de contractilité du long péronier. En effet : 1° il peut y avoir coïncidence d'un pied plat congénital, sans lésion de l'action musculaire, et d'un valgus accidentel dû à la contracture de l'extenseur des orteils seul, ou de ce muscle et du court péronier; M. Duchenne a observé, avec MM. Nélaton et Dolbeau, un cas de ce genre, où le long péronier lui-même était contracturé et avait abaissé fortement le péronier métatarsien sur le premier cunéiforme, sans pouvoir entraîner ce dernier ni le scaphoïde; 2° l'action exagérée du poids du corps, chez les jeunes sujets à muscles peu vigoureux, à ligaments peu résistants, peut être une cause de pied plat, et s'il se forme un valgus dans ce cas, le long péronier pourra être sain comme dans le cas précédent; 3° le valgus par contracture du court péronier et de l'extenseur des orteils ne peut-il pas être par lui-même une cause de pied plat, en augmentant la pression du poids du corps sur le bord interne du pied? La

résistance du long péronier ne peut-elle pas être vaincue à la longue par cette cause mécanique, sans que ce muscle ait éprouvé d'autre lésion que le léger affaiblissement résultant de l'élongation qu'il subit? 4° Le poids du corps ne doit-il pas également jouer le principal rôle dans la genèse du pied plat-valgus, quelquefois douloureux, qui succède à la déviation des genoux en dedans, sans qu'on observe de faiblesse primitive du long péronier latéral?

C'est sans doute dans de pareilles conditions qu'on voit le long péronier se tendre et résister avec le court péronier, lorsqu'on fait effort pour renverser la plante du pied en dedans dans le valgus pied plat. Il est très probable qu'il n'est point contracturé dans ce cas, comme le croyait Bonnet (1), qu'il ne résiste qu'en vertu de sa contractilité normale; car les recherches de M. Duchenne tendent à démontrer que la contracture de ce muscle est incompatible avec la production d'un pied plat. Toutefois, l'anatomie pathologique pourrait seule mettre le fait hors de doute, et je ne connais pas de dissection de pied plat-valgus qui soit de nature à trancher la question.

A défaut de l'anatomie pathologique, la chirurgie résoudra peut-être cette difficulté.

Supposez que vous soyez en présence d'un valgus pied plat, dans lequel vos efforts de redressement paraissent rencontrer une égale résistance dans les deux péroniers latéraux. Divisez le tendon du court péronier, là où il peut être atteint seul. Si Bonnet et M. Delore ne sont pas dans l'erreur, vous n'éprouverez guère plus de facilité à redresser le pied ; la tension du long péronier continuera de s'opposer au succès de vos efforts. Si, au contraire, c'est M. Duchenne qui a raison, le long péro-

(1) Voy. Delore, *Du pied plat-valgus douloureux*, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, t. LIV, p. 489.

nier ne se tendra pas ou ne vous opposera qu'une résistance insignifiante, surtout si l'influence du chloroforme a fort affaibli ou aboli la contraction volontaire et involontaire.

Dans la première hypothèse, vous en serez quitte pour compléter l'opération par la section du long péronier.

Dans la seconde, vous aurez rendu un grand service au malade en lui conservant intact un muscle très nécessaire à la guérison de son pied plat.

De pareilles observations, nombre de fois répétées, avanceraient assurément la solution de ce problème pathologique.

Déjà, notre collègue, M. Richard, a pratiqué, dans un cas semblable, la section de l'extenseur des orteils et du court péronier, sans toucher au long péronier. Il n'est pas dit dans l'observation, rapportée par M. Duchenne, si ce dernier muscle se montra ou non, résistant et tendu après l'opération. On mentionne seulement que le pied fut maintenu dans un appareil, *après la réduction* du valgus, et qu'au bout d'un mois le malade sortit de l'hôpital, guéri de son valgus. Mais, si le long péronier avait été rétracté et non affaibli, l'électrisation de ce muscle n'aurait pas eu pour effet de reformer la voûte plantaire, restée plate, de faire cesser plus complétement les douleurs et de prévenir le retour du valgus dans la station, comme M. Duchenne assure que cela a eu lieu.

La ténotomie est loin d'être inévitable dans tous les cas de cette espèce. J'oserais même dire qu'elle n'est nécessaire que dans le plus petit nombre de cas. On parvient le plus souvent à allonger les muscles et les ligaments rétractés dans le valgus pied plat, au moyen des bandages, des appareils mécaniques, du redressement forcé, avec ou sans l'aide du chloroforme. Mais, il faut l'avouer, après la guérison du valgus par l'emploi de ces moyens, de même qu'après la ténotomie, le pied plat persiste ; le bord interne du pied est plus élevé que l'externe,

de sorte que la face plantaire, au lieu d'être horizontale, forme un plan oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Nous sommes obligés de recourir à des chaussures à plan incliné, à montants métalliques, pour empêcher le pied de se renverser de nouveau, de fléchir sous le poids du corps.

La faradisation du long péronier latéral délivrerait les malades de ces entraves, d'après M. le docteur Duchenne. En abaissant de nouveau le bord interne du pied, ou, plus exactement, la partie de ce bord qui répond à la saillie sous-métatarsienne, elle serait le complément indispensable du traitement; car elle remédierait au pied plat, que les autres moyens ne peuvent détruire.

Le succès de l'électrisation dans l'observation de M. Richard vient à l'appui de cette assertion, qui découle d'ailleurs naturellement des faits physiologiques et pathologiques admis par notre honorable confrère.

Chez une jeune blanchisseuse de dix-huit ans, que je lui avais adressée, l'électrisation du long péronier réussit même à faire appuyer la saillie sous-métatarsienne et mit fin aux douleurs avant qu'on se fût occupé de redresser le valgus, qui persistait après la disparition du pied plat. La guérison fut complétée par des manipulations qui ramenèrent le pied en dedans, et par l'action d'un poids qui le maintint dans cette position.

Les résultats obtenus dans ces deux cas et dans plusieurs autres fournissent donc une nouvelle preuve, indirecte à la vérité, en faveur de la doctrine de M. Duchenne touchant la genèse du pied plat. Notre confrère convient, d'ailleurs, que le succès de ce nouveau procédé thérapeutique ne saurait être constant. Il ne possède pas encore tous les éléments nécessaires pour élucider complétement les questions relatives à l'emploi de ce moyen, et c'est beaucoup moins pour exposer une nouvelle méthode thérapeutique, que pour mettre sous les yeux de

la Société l'ensemble de ses vues sur le valgus pied plat, qu'il nous a adressé son travail.

On pourrait arguer des guérisons relatées dans le mémoire de M. Delore, en faveur des idées de Bonnet sur le rôle du long péronier et sur l'indication de la section de ce muscle dans le valgus pied plat. Mais : 1° le court péronier a toujours été divisé avec le long péronier, et rien ne prouve qu'il n'eût pas suffi de pratiquer la section du premier ; 2° il est dit, dans plusieurs observations, que le pied est resté plat, et aucune n'établit clairement que la ténotomie ait reformé la voûte plantaire ; 3° parmi ces faits, il en est où le pied était *creux*, et non *plat*, et dans lesquels, par conséquent, le succès de la ténotomie s'accorde parfaitement avec l'opinion soutenue par M. Duchenne.

II. — CONTRACTURE DU LONG PÉRONIER.

Le pied creux a été beaucoup moins étudié que le pied plat ; son histoire complète est encore à faire. M. Duchenne en a indiqué plusieurs espèces ; je ne dois m'occuper ici que du pied creux associé au valgus.

On a généralement méconnu cette alliance de la déviation du pied en dehors avec l'exagération de la voûte plantaire ; l'aplatissement du pied a été regardé comme l'attribut à peu près constant du valgus. Bonnet, décrivant un pied à la fois valgus et *creux*, attribue cette conformation à la pression d'une chaussure spéciale, sans laquelle, dit-il, « on ne pourrait comprendre la combinaison de difformités *qui s'excluent toujours* (1). »

Cependant, il n'est pas rare de voir la concavité plantaire conservée ou exagérée dans la déviation du pied en dehors. On peut se méprendre dans ce cas, comme le fait justement remarquer M. Duchenne, si l'on se borne à examiner le pied dans la

(1) Delore, Mém. cité, *Bull. de thérap.*, t. LIV, p. 499.

station ; le contact de son bord interne avec le sol pourra le faire paraître plat, tandis qu'il sera en réalité plus ou moins creux lorsqu'il ne portera plus le poids du corps.

Notre confrère a démontré que la contracture du long péronier donne lieu à la combinaison du pied creux et du valgus ; ce qui, comme on l'a vu, est une conséquence naturelle des faits physiologiques. Le court péronier, qui n'est qu'un abducteur, ne produirait par sa rétraction qu'un simple valgus.

L'attitude du pied, dans la contracture proprement dite, c'est-à-dire dans la contraction pathologique, ou dans la rétraction, c'est-à-dire dans le raccourcissement permanent du long péronier latéral, est celle que déterminerait, dans l'état normal, une contraction violente, continue de ce muscle. On la reproduit à volonté, et l'on crée un pied creux-valgus artificiel, pendant la vie, en excitant au moyen de l'électricité la contraction du long péronier, et, sur le cadavre, en simulant d'une manière quelconque cette contraction.

L'abaissement considérable de l'extrémité antérieure du premier métatarsien ; l'augmentation de la saillie plantaire correspondante et de la concavité tarso-métatarsienne ; le rapprochement des têtes, des os du métatarse, qui réduit un peu le diamètre transversal du pied ; le renversement du talon en dehors ; l'élévation du bord externe, dont la partie antérieure reste écartée du sol dans la station ; l'abduction et une légère extension qui portent la pointe du pied en dehors et un peu en bas ; enfin, la saillie et la tension du tendon du long péronier, qui soulève les téguments vis-à-vis du tiers inférieur du péroné, saillie et tension qu'augmente tout effort pour redresser le pied : tels sont les caractères principaux de l'attitude vicieuse produite par cette action anormale du long péronier. M. le docteur Duchenne les a résumés dans l'observation d'une petite fille de dix ans que je lui avais adressée, et dont le long péronier s'était

rétracté à la suite de la chorée. On reconnaît que le court péronier est étranger à la maladie, au relâchement de son tendon au côté externe du pied, seul lieu où l'on puisse l'explorer isolément. L'électrisation, en produisant sa tension momentanée dans le même point, permet de bien apprécier cet état de relâchement.

L'exagération de la voûte plantaire est-elle aussi constante dans la contracture du long péronier que le croit M. Duchenne? Je suis très porté à le croire pour les cas où l'affection musculaire est bornée à ce seul muscle; mais ne voit-on pas des contractures simultanées du long péronier latéral et des autres abducteurs produire des valgus avec simple conservation de la cambrure du pied, sans augmentation de la saillie sous-métatarsienne du gros orteil? Notre collègue, le professeur Gosselin, a maintenant dans ses salles de l'hôpital Beaujon un malade qui offre même une légère diminution de la concavité plantaire, quoique les deux péroniers et l'extenseur des orteils paraissent contracturés. Cela ne pourrait-il pas s'expliquer par un moindre degré de rétraction du long péronier et par la combinaison de son action avec celle des autres muscles, cette double circonstance faisant prédominer le mouvement d'abduction sur celui qui exagère la voûte plantaire? L'électrisation appliquée, dans le même instant, à divers muscles avec des intensités inégales, pourrait jeter du jour sur cette question.

Je conviens que, dans les cas de ce genre, la tension du long péronier peut n'être qu'apparente, qu'on peut être trompé par le soulèvement du tendon du court péronier qui lui est accolé. Il faut une grande attention et une certaine habitude, lorsqu'un tendon est saillant et tendu dans la région péronière, pour reconnaître s'il appartient au court ou au long péronier, ou si les deux muscles sont à la fois rétractés. Il faut en même temps les explorer au pied où ils sont isolés. Or, il est douteux

que ce diagnostic ait été établi jusqu'à présent avec cette précision, et les observations que l'on serait tenté d'opposer à M. Duchenne sont peut-être à refaire sous ce rapport.

Le pied creux valgus cause moins de souffrance que le valgus pied plat, à moins qu'il ne soit accompagné d'affection rhumatismale, d'arthrite chronique, de synovite des gaînes tendineuses. Il guérit aussi plus complétement, quand le squelette du pied n'est pas déformé. Aux moyens employés jusqu'ici pour combattre cette affection, bandages, redressement forcé, ténotomie, les recherches de M. Duchenne ajoutent un nouveau remède, la faradisation de l'antagoniste du muscle contracturé, la faradisation du jambier antérieur, dont la contraction, incessamment surexcitée, peut amener le relâchement du long péronier, lorsqu'il n'est encore affecté que de contracture, sans rétraction ou raccourcissement permanent bien manifeste.

L'électrisation du jambier antérieur eut une grande part dans la guérison de la jeune fille de dix ans dont j'ai parlé plus haut, et notre collègue, M. Debout, a adressé à la Société et a publié dans le *Bulletin de thérapeutique* (1) un autre exemple des heureux effets de ce moyen.

Ainsi, pour le pied creux valgus comme pour le pied plat valgus, la thérapeutique s'accorde avec la pathologie pour confirmer les faits physiologiques relatifs au mécanisme du pied, que M. le docteur Duchenne a découverts ou qu'il a mieux interprétés qu'on ne l'avait fait avant lui.

Nous avons l'honneur de vous proposer d'adresser des remercîments à M. le docteur Duchenne, et de renvoyer son intéressant travail à votre comité de publication.

(1) Tome LIX, page 13.

DE LA

PRÉTENDUE SYPHILIS VACCINALE

RAPPORT

SUR UN TRAVAIL DE M. LE Dr PAULI (DE LANDAU),

Membre correspondant de la Société de chirurgie,

LU A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, LE 11 JUILLET 1855,

Par M. PAUL BROCA.

MESSIEURS,

Notre collègue M. le docteur Pauli, membre correspondant de la Société à Landau, nous a adressé, il y a plusieurs mois, un mémoire écrit en allemand et intitulé : *Sur la contagion et l'hérédité de la syphilis* (1).

Il n'est pas dans les usages des sociétés savantes de soumettre au jugement d'une commission l'œuvre d'un collègue absent, et d'en faire l'objet d'un rapport écrit. Mais M. Pauli l'a expressément demandé, et il m'a fait prier par M. le docteur Otterburg de présenter le plus tôt possible, à l'appréciation de la Société, le fait grave qui a provoqué la publication de son travail.

La nature même de ce fait et ses conséquences fâcheuses expliquent cette insistance. J'ai donc cru devoir accéder au désir de notre collègue, et d'ailleurs il m'a paru intéressant de faire connaître en France un cas de médecine légale qui a vivement préoccupé l'attention de nos confrères d'outre-Rhin.

D'un autre côté, notre collègue M. le professeur Heyfelder

(1) *Ueber Contagiosität und Erblichkeit der Syphilis.* Mannheim, 1854, in-8.

père, qui a été appelé dans cette affaire en qualité d'expert, nous a fait parvenir une lettre qui renferme une narration succincte du même fait.

Bien que ces deux honorables collègues ne nous aient pas demandé de formuler des conclusions précises, conclusions qui seraient d'ailleurs inutiles, puisque les tribunaux ont déjà régulièrement et définitivement prononcé, vous comprendrez sans doute leur désir de voir discuter, dans la Société de chirurgie, une question de la plus haute importance dont la solution intéresse vivement le corps médical tout entier.

Il s'agit de savoir si la *syphilis constitutionnelle peut se transmettre par l'inoculation du vaccin.*

Voici d'abord le résumé des faits qui ont suscité cette déplorable affaire.

Le 16 juin 1852, douze enfants du village de Fraienfels furent transportés à Hollfeld (Franconie) et y furent vaccinés par M. le docteur Hübner, médecin cantonal.

Le vaccin fut pris sur la petite Maria Keller, âgée de trois mois et dix jours, et fille de Marguerite Keller.

L'enquête ultérieure a établi que dix-huit mois auparavant Marguerite Keller, qui demeurait alors à Nuremberg, avait été atteinte d'ulcérations suspectes à la gorge et aux parties génitales ; elle prétendait avoir contracté cette affection en soignant les enfants d'un négociant de la ville, atteints, suivant elle, du même mal. Le docteur Fabrice lui administra un traitement antisyphilitique, et elle fut guérie en moins d'un mois. Depuis lors, Marguerite Keller n'a éprouvé aucun accident analogue, et, examinée à deux reprises différentes pendant l'instruction, elle a été déclarée parfaitement saine.

La petite Maria naquit le 6 mars 1852 ; elle était bien constituée, mais au bout de trois semaines il lui vint sur l'un des mollets, au dire de sa mère, un petit bouton semblable à une

piqûre de puce. Ce bouton s'élargit et ne tarda pas à s'ulcérer. Suivant les femmes de Fraienfels, mères des enfants vaccinés le 16 juin, cette enfant aurait déjà à cette époque été atteinte d'ulcérations au cou, aux paupières et à la bouche; mais Catherine Keller et le docteur Hübner affirment que ce renseignement est inexact. Quoi qu'il en soit, de nouvelles ulcérations ne tardèrent pas à paraître; elles couvrirent bientôt toute la surface du corps, et l'enfant succomba le 26 août 1852, près de six mois après sa naissance, et soixante et dix jours après la séance de vaccination.

Jusqu'au jour de sa mort, la petite Maria avait couché avec sa mère, qui l'allaitait avec un autre enfant : elle ne leur avait communiqué aucun mal.

Parlons maintenant des résultats de la vaccination qui fut pratiquée sur les enfants du village de Fraienfels.

Ces enfants étaient au nombre de douze. Pendant huit mois, M. Hübner n'en entendit point parler. Divers accidents survinrent, mais *aucun médecin ne fut consulté*. Ce ne fut que le 9 février 1853, deux cent trente-sept jours après l'inoculation vaccinale, que le docteur Wening (de Casendorf) fut appelé à donner son opinion sur une maladie dont huit des enfants vaccinés par M. Hübner étaient atteints. Il pensa que cette maladie était la syphilis constitutionnelle. M. Hübner, consulté le lendemain et les jours suivants, fut disposé à admettre ce diagnostic. Ainsi les détails qui suivent et qui sont relatifs à l'origine du mal des petits malades sont entièrement dus à des narrations faites par les parents, et ne doivent par conséquent être acceptés qu'avec la plus grande réserve.

1° Deux enfants n'eurent ni pustule vaccinale, ni accidents d'aucune sorte. Leurs parents rapportent que, effrayés de l'apparence maladive de la petite Maria Keller, ils essuyèrent les piqûres immédiatement après la vaccination; mais cette allé-

gation tardive, qui peut recevoir plusieurs interprétations, ne saurait être acceptée. Il serait même facile de démontrer que c'est une histoire inventée après coup par des témoins complaisants.

2° Deux autres enfants, nommés B... et G..., eurent de deux à cinq pustules vaccinales fort belles, qui parcoururent régulièrement toutes leurs périodes. L'un et l'autre fournirent du vaccin pour les enfants des communes de Wonsees et de Sanspareil. Toutes ces vaccinations réussirent et ne donnèrent lieu à aucun accident. Malgré cela, le petit B... présenta, quatre mois après, en octobre 1852, des symptômes qui furent plus tard attribués à la syphilis. Quant au petit G..., il resta en parfaite santé.

3° Les huit autres enfants eurent des pustules dont la marche fut irrégulière. Plusieurs de ces pustules s'ulcérèrent; d'autres se développèrent mal. Aucun des enfants de cette catégorie ne fournit de vaccin pour de nouvelles inoculations.

L'un d'eux conserva une santé excellente; les sept autres furent moins heureux.

Sur deux de ces derniers, des pustules se formèrent le huitième jour après la vaccination; ces pustules s'accrurent et se changèrent bientôt en ulcères confluents qui suppurèrent pendant plusieurs mois, et qui finirent par se cicatriser; mais, en même temps, d'autres symptômes suspects se manifestèrent ailleurs.

Enfin, les cinq autres enfants n'offrirent d'abord aucune pustule; mais, quinze jours après la vaccination, de petites vésicules parurent à l'endroit des piqûres. Elles s'ulcérèrent bientôt, et ne guérirent qu'au bout de deux à trois mois, époque où d'autres accidents parurent.

Ainsi, sur douze enfants vaccinés le 16 juin avec le vaccin de la petite Maria Keller, huit ont présenté des accidents réputés

syphilitiques; et cependant l'un d'eux, le petit B..., a fourni du vaccin pour d'autres enfants qui n'ont éprouvé aucun accident.

Ces huit malheureux enfants, au dire de leurs familles, auraient ressenti les premières atteintes de la syphilis constitutionnelle vers les mois de septembre ou d'octobre 1852, trois ou quatre mois après la vaccination. Ce furent d'abord des boutons qui se formèrent vers les parties génitales, à la vulve chez les petites filles, aux bourses et aux régions inguinales chez les petits garçons. Plus tard, une éruption analogue se montra au pourtour de l'anus, aux fesses, aux cuisses et à l'abdomen. Bientôt après, plusieurs personnes qui donnaient des soins à ces enfants furent infectées à leur tour. C'étaient leurs mères, leurs bonnes, leurs frères ou leurs sœurs. Il y en eut huit en tout dans le courant de l'hiver. On remarqua, en particulier, chez deux femmes, que le mal avait débuté sur l'avant-bras gauche, dans le point où les fesses de leurs nourrissons reposaient à nu pendant la plus grande partie de la journée. Il y avait eu là par conséquent une inoculation directe. Ces deux femmes eurent ensuite d'autres accidents à la poitrine et aux lèvres. Plusieurs nourrices virent le mal débuter sur leurs mamelons; enfin, une femme enceinte, infectée par son enfant depuis le mois de septembre, et atteinte d'ulcérations à la bouche, à la langue et aux parties génitales, mit au monde, le 26 février 1853, un enfant qui présentait les symptômes de la syphilis congénitale.

Ces faits, déjà assez graves par eux-mêmes, furent grossis encore par la rumeur publique; l'opinion s'émut. La régence de la Franconie supérieure jugea nécessaire d'ouvrir une enquête. Elle délégua le docteur Fischer qui se transporta sur les lieux, examina les malades, recueillit les dépositions, et fit un rapport où il consigna les détails que je viens de vous soumettre.

Il en résulta un procès déplorable. Le docteur Hübner fut accusé de blessure par imprudence, et fut condamné, le 4 décembre 1853, *à deux ans de détention dans une forteresse*, par le premier tribunal de Bamberg.

Ce jugement sévère émut douloureusement le corps médical en Allemagne. C'était un précédent qui menaçait tous les médecins, et qui pouvait devenir funeste à la société tout entière. Le jour où il serait admis en principe que les maladies peuvent se transmettre par la vaccination, et que les médecins sont responsables, devant la loi, de tous les accidents, plus ou moins suspects, qui peuvent survenir chez les personnes vaccinées, — ce jour-là, il faudrait déposer la lancette et priver l'humanité des bienfaits de la découverte qui a immortalisé le nom de Jenner. Où pourraient s'arrêter, en effet, l'ingratitude inintelligente des malades ou de leurs familles, et la sévérité souvent hostile de tribunaux toujours incompétents? Que de mères, coupables après avoir été malheureuses, attribueraient à l'imprudence de leur médecin la syphilis dont elles auraient transmis elles-mêmes à leurs enfants le germe inavoué! Que de familles retrouveraient ainsi leur paix intérieure aux dépens de notre considération, de notre fortune et de notre *liberté*! Quand on songe à l'obscurité souvent impénétrable qui entoure l'origine de la syphilis congénitale, à la difficulté que présente quelquefois le diagnostic de cette affection, à l'amour-propre des parents qui ont toujours la prétention de léguer à leurs enfants une constitution irréprochable, et qui trouveraient très commode de pouvoir attribuer à la vaccination toutes les affections herpétiques, scrofuleuses ou autres, qui sont si communes pendant la première enfance, — et le rachitisme même, car le tribunal de Bamberg a accusé le docteur Hübner d'avoir inoculé le rachitisme aux enfants de Fraienfels (1); quand on songe à

(1) Pauli, *lcc. cit.*, p. 58.

tout cela, et quand, d'un autre côté, on fait la part des préjugés populaires; quand on se souvient de la répugnance qui a accueilli la vaccine à son origine et qui n'est pas encore dissipée, répugnance basée précisément sur cette idée que tous les vices constitutionnels pouvaient se transmettre par l'inoculation du pus vaccinal; en un mot, quand on pèse toutes les conséquences de la doctrine qui a prévalu dans le procès du docteur Hübner, on est bien forcé de reconnaître que si cette doctrine triomphe, c'est fait de la vaccine.

M. Pauli a envisagé tout cela, et a jugé nécessaire de prendre la plume. Au nom de notre profession outragée, au nom de la science méconnue, il a publié son travail sur la contagion et l'hérédité de la syphilis. Vous vous plairez, comme moi, à rendre hommage au louable sentiment qui l'a dirigé. Ce sentiment, du reste, a été partagé par tous les hommes éclairés de l'Allemagne. Un changement favorable n'a pas tardé à s'effectuer dans l'opinion publique. M. Hübner a interjeté appel devant la cour de cassation de Munich. Le premier jugement a été cassé sur les instances du procureur général, et l'affaire a été renvoyée devant la cour d'appel de Bamberg.

Dans ce nouveau procès, l'allégation la plus grave a disparu. A l'époque de la première enquête, les femmes de Fraienfels avaient déclaré que la petite Maria Keller présentait, le jour de l'inoculation, des ulcérations au cou, aux lèvres et aux paupières; ulcérations qui, par leur siége même, auraient nécessairement dû attirer l'attention de M. Hübner. Cette fois, suivant le rapport de M. Heyfelder, les mêmes femmes se contentèrent de dire que l'enfant avait des pustules sur les jambes et sur les fesses. Elles persistèrent à déclarer que cette enfant avait l'air chétif et malsain, chose qui, du reste, ne semble pas avoir été contestée.

Notre collègue M. le professeur Heyfelder fut appelé comme

expert, et fit la déclaration suivante dont j'extrais la substance de la lettre qu'il nous a adressée :

1° Aucun médecin n'a constaté l'existence d'une affection syphilitique sur la petite Maria Keller. Ce qu'on a dit sur l'état de cette enfant ne présente par conséquent aucune garantie d'exactitude.

2° La déclaration des femmes de Fraienfels, qui disent avoir vu quelques pustules aux jambes et aux fesses de Maria Keller, le jour de la vaccination, n'est nullement concluante.

3° Marguerite Keller, mère de l'enfant, examinée très attentivement par le docteur Fabrice lui-même, le 13 mars 1853, n'a présenté aucune trace de syphilis.

4° Il n'y a donc aucune raison d'admettre que Maria Keller fût atteinte de syphilis le 16 juin 1852, jour de la vaccination ;

5° Il paraît démontré que huit des douze enfants vaccinés ont présenté des accidents syphilitiques, constatés par deux médecins plus de sept mois après la vaccination ; mais on n'a pas le droit d'en conclure que cette infection ait été produite par l'inoculation du vaccin.

6° Enfin, le jour où la syphilis a été constatée chez ces enfants est très éloigné du jour où ils ont été vaccinés. Pendant un long intervalle de plus de sept mois, aucun médecin ne les a examinés ; toute l'accusation repose donc sur des dépositions qui, provenant de personnes étrangères à la médecine, ne peuvent servir de base à un jugement scientifique.

Telles furent les conclusions dont M. Heyfelder nous donna communication, à la date du 20 juillet 1854. La cour d'appel de Bamberg rendit bientôt un arrêt beaucoup moins décourageant que le premier, arrêt qui vous paraîtra sans doute encore trop sévère ; mais il faut tenir compte de l'état de la législation médicale en Allemagne. Les vaccinations sont confiées aux médecins cantonaux, qui reçoivent à cet égard des instructions

officielles. Il leur est interdit, en particulier, de prendre le vaccin *sur des enfants malsains et chétifs.* Le tribunal, écartant toute idée d'inoculation syphilitique, a condamné M. Hübner à six semaines d'emprisonnement pour *avoir pris le vaccin sur un enfant malsain et chétif, contrairement aux instructions qu'il avait reçues comme médecin cantonal.*

Nous pouvons regretter sans doute qu'un de nos confrères ait été frappé par la loi pour un acte qui n'aurait dû relever que de sa propre conscience; mais, réduite à ces proportions, la question est devenue purement personnelle. Les droits de la science sont réservés; l'institution de la vaccine n'est plus menacée.

Il importe cependant de soumettre à une étude attentive et à une discussion purement scientifique les faits qui avaient été appréciés d'une manière si fâcheuse par les premiers juges de M. le docteur Hübner. Des faits analogues peuvent se reproduire tous les jours, et il est utile que les corps savants, seuls tribunaux compétents en pareille matière, se prononcent sur la transmissibilité des maladies par la vaccination. C'est cette pensée qui a conduit nos collègues MM. Pauli et Heyfelder à soumettre à l'appréciation de la Société de chirurgie les questions générales qui ont été soulevées dans le procès Hübner.

Le travail de M. Pauli se compose de trois parties :

La première partie est consacrée à la question de la contagion des accidents secondaires; elle se termine par douze propositions que je ne crois pas devoir vous énumérer, et que l'auteur résume ainsi : « Il est hors de doute que la syphilis secondaire n'est pas » contagieuse. Cet axiome inébranlable est la base de nos con» naissances actuelles sur la syphilis (1). »

Dans la deuxième partie, l'auteur s'occupe de l'hérédité de la syphilis, et douze propositions le conduisent encore à la conclusion suivante : « Dans l'état actuel de la science, on ne peut pas con-

(1) *Loc. cit.*, p. 42.

» sidérer l'hérédité de la syphilis comme suffisamment démontrée, » et s'il n'est pas permis de la reléguer dans le domaine des fables, » on peut dire du moins que ce sujet, environné de doutes, » attend encore de nouvelles recherches (1). »

Je suis ici simple narrateur, et je suis loin de prendre la responsabilité de ces deux conclusions, qui me semblent fort inexactes. Mais je n'ai pas mission de discuter le travail de M. Pauli, je dois me borner à en présenter l'analyse.

La troisième et dernière partie est intitulée : *Des rapports de la syphilis avec la vaccine*, et l'on me permettra de m'y arrêter quelques instants.

M. Pauli se propose de démontrer que la transmission de la syphilis par le vaccin est physiquement impossible. Après un préambule quelque peu romantique, l'auteur entre en matière, et se demande d'abord si le virus vaccin et le virus du chancre primitif conservent leurs propriétés respectives lorsqu'on vient à les mélanger. Il a fait ce mélange et l'a inoculé sans résultat sur des malades de son hôpital. Il rappelle à ce propos que Ludwig Attenhofer, médecin de l'hôpital Kalenki à Saint-Pétersbourg, a appliqué du vaccin à la surface de plusieurs chancres récents, et a vu les ulcères ainsi traités guérir plus rapidement que les autres (2). Ainsi le vaccin, par son contact direct, paraît affaiblir ou neutraliser le virus du chancre primitif. Or ceux qui admettent l'inoculabilité des accidents secondaires, reconnaissent du moins que le virus de la syphilis constitutionnelle est beaucoup moins énergique, beaucoup moins inoculable que le pus de l'accident primitif. Il serait donc au moins étrange que le vaccin, qui atténue les propriétés du virus le plus fort, respectât celle du virus le plus faible.

(1) *Loc. cit.*, p. 43.

(2) *Beobachtungen über die Natur und Heilung der Syphilis*, in *Russisch. Samml. für Natur- und Heilkunde*, Bd. I, 1816, Heft I, S. 24-52.

Voyons cependant ce que l'expérience a montré à cet égard, et passons en revue les faits qui ont été invoqués à l'appui de la transmission de la syphilis par la vaccination.

Albers, en 1832, annonça que des enfants inoculés avec du vaccin provenant d'un sujet syphilitique eurent une éruption papuleuse et pustuleuse qui, suivant lui, était vraisemblablement syphilitique (1). Le mot *vraisemblablement* renferme un aveu qui nous dispense de tout commentaire. D'ailleurs, un fait aussi écourté, ou plutôt une assertion aussi vague n'a vraiment aucune valeur scientifique.

Il en est de même de l'assertion de M. Fuchs : après avoir dit que le sang des vérolés peut devenir contagieux, cet auteur ajoute purement et simplement qu'il connaît plusieurs cas où la syphilis a été inoculée avec la vaccine ou avec la varioloïde, quoique la pustule mère n'offrît aucune particularité appréciable (2). Il est impossible de faire de la science avec de pareils documents.

Attacherons-nous plus d'importance au fait de M. Viari (3)? Un enfant syphilitique fournit du vaccin avec lequel on revaccine son oncle et sa tante. Ceux-ci présentent ensuite des accidents syphilitiques. Pas d'autre détail ; on ne sait même pas sur quoi on s'est fondé pour admettre la nature syphilitique de ces divers accidents, ni même si l'enfant était déjà malade au moment de la vaccination, ou s'il ne le devint que plus tard. Il n'y a aucun profit à tirer d'une narration faite avec autant de légèreté.

Nous possédons quelques détails de plus sur l'observation de M. Cecco Ceccaldi (4). Trois enfants furent inoculés avec du

(1) *Ueber die Erkenntniss und Kur der syphilitischen Hautkrankheiten.* Bonn, 1832, S. 12.

(2) *Lehrbuch der speciellen Nosologie und Therapie*, II. Göttingen, 1846, in-8, S. 1130.

(3) *Gazzetta medica lombarda*, in *Prager Vierteljahrsschrift*, Bd. XXIX, S. 128.

(4) *Bayerisches ärztliches Intelligenz-Blatt*, 1854, S. 86, n. 11.

vaccin provenant d'un autre enfant qui paraissait fort sain. Au bout de trente-cinq jours ils devinrent syphilitiques. Chose très remarquable, celui qui leur avait fourni le vaccin jouissait encore d'une santé parfaite, mais il ne tarda pas à être atteint à son tour de syphilis constitutionnelle. M. Ceccaldi crut pouvoir en conclure que la vaccination avait transmis la vérole du premier enfant aux trois autres. Il eût été tout aussi plausible d'admettre un mécanisme inverse, et de supposer que la syphilis avait été transportée de l'un des trois sujets inoculés à l'enfant qui leur avait fourni le vaccin, et qui, en définitive, n'était devenu malade qu'après eux. Je ne serais pas étonné qu'un jour une supposition de ce genre ne donnât lieu à quelque nouveau procès, semblable à celui de M. Hübner. Jusque-là il est permis de négliger comme tout à fait insignifiante l'anecdote racontée par M. Ceccaldi.

Nous ferons, si vous voulez le permettre, le même usage d'une observation au moins singulière rapportée très sérieusement par M. Th. Clémens, de Francfort-sur-le-Mein (1). Une fille âgée de dix-neuf ans, et d'une santé florissante, fut revaccinée avec du vaccin provenant d'un enfant de belle apparence. Cet enfant n'avait présenté jusqu'alors aucun accident syphilitique ; mais il fut reconnu que ses parents avaient eu la vérole, et cela suffit pour faire admettre qu'il était atteint de syphilis *latente*. Je me hâte d'ajouter que cette hypothèse ne fut faite qu'après coup, pour expliquer les phénomènes qui survinrent sur la jeune fille revaccinée. Six jours après l'inoculation, il lui vint un abcès dans chaque aisselle et trois gros furoncles très douloureux à la fesse. Il eût été tout simple d'attribuer les abcès axillaires à l'irritation locale produite sur l'appareil lymphatique par les piqûres vaccinales, et il eût été sage de ne voir qu'une coïncidence dans l'éruption des trois furoncles de la

(1) *Deutsche Klinik*, 2 avril 1853, p. 157, n. 14.

fesse. Mais M. Clémens préféra mettre tout cela sur le compte de la syphilis, — ou plutôt, avec une prudence digne d'éloges, il admit que la vaccination avait transmis à cette jeune fille un *vernis syphilitique* plutôt qu'une syphilis véritable. On ouvrit les abcès, on appliqua des sangsues sur les furoncles, et la jeune fille guérit sans aucun traitement interne. Cette observation, comme on voit, ouvre une foule d'aperçus nouveaux. A côté de la syphilis latente, nous trouvons le vernis syphilitique, sans compter l'influence jusqu'ici méconnue de la vérole sur l'éruption des furoncles. C'est bien le cas de dire, malgré le précepte d'Horace : *Non possum non mirari.*

M. Émile Pitton a publié, en y ajoutant, il est vrai, des restrictions, mais des restrictions insuffisantes, une autre observation, qui remonte déjà à 1838 (1). Le docteur Boucher vaccine un jour plusieurs enfants dans une seule séance, et avec le même vaccin. L'inoculation donne les résultats les plus satisfaisants sur tous les sujets, excepté sur un enfant de quatorze mois qui présente le sixième jour une éruption de pustules phlyzaciées sur les bras, puis sur la figure, et enfin sur tout le reste du corps. Ces pustules se changent bientôt en ulcérations taillées à pic, que les parents du petit malade mettent sur le compte de la vaccination. M. Pitton est alors appelé, considère l'éruption comme syphilitique, et prescrit un traitement mercuriel qui n'empêche pas l'enfant de succomber.

Quelque temps après, un autre enfant, provenant du même lit, est vacciné à l'âge de treize mois. Le sixième jour, une éruption pustuleuse survient encore; elle se comporte comme la précédente, et de plus un énorme lupus se développe sur la joue droite. M. Pitton voit dans ces accidents une manifestation de la syphilis constitutionnelle; il prescrit un traitement conforme à ce diagnostic, et cette fois l'enfant finit par guérir.

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, sept. 1844, p. 108.

« Évidemment, dit M. Pitton, la vaccine, dans les deux cas, » n'a été que la cause déterminante de l'affection syphili- » tique. » Il ajoute que ces deux enfants portaient sans doute le germe d'une vérole congénitale, qu'ils étaient destinés à présenter plus tard une éruption syphilitique, et que l'inoculation vaccinale n'a fait que rendre cette éruption plus hâtive. Il y aurait plus d'une objection à faire contre cette opinion; mais il nous suffit de constater que l'auteur refuse d'admettre l'origine vaccinale des accidents plus ou moins syphilitiques qu'il a observés. Son jugement, d'ailleurs, n'est pas suspect, car, au début de son article, il n'hésite pas à considérer comme des *fanatiques* les médecins qui ne croient pas que les dartres et les scrofules puissent se transmettre par la vaccination.

J'arrive maintenant à un fait beaucoup plus important, et surtout beaucoup plus grave, rapporté par M. Wegeler (1). Pendant l'épidémie de variole qui sévit à Coblenz en 1849, on pratiqua de nombreuses revaccinations. M. B..., chirurgien de cette ville, revaccina dix familles les 14 et 15 février 1849. Un enfant de quatre mois fournit à lui seul le vaccin pour dix-neuf individus. Cet enfant paraissait fort sain. Ses parents, examinés et interrogés avec soin, furent trouvés exempts de tout antécédent syphilitique. Néanmoins, quatre jours après la séance de revaccination, on vit paraître à la face interne des cuisses de l'enfant, sur ses fesses et sur son visage, des boutons que le docteur E... considéra comme étant de nature syphilitique. Trois jours après, le petit malade mourut d'un épanchement au cerveau (Hirnwasser). Cet enfant avait été vacciné le 4 février avec sept autres enfants, chez lesquels la vaccine s'était développée régulièrement, sans donner lieu à aucun accident ultérieur. Voilà tout ce que l'enquête permit d'apprendre plus tard. Parlons maintenant des dix-neuf individus revaccinés.

(1) *Preussische Vereins-Zeitung*, 1850, n. 14.

Ces individus appartenaient à des conditions très diverses, et le texte assure que leur moralité était *évidente*. Je me garderai bien d'élever à cet égard le moindre doute. Quoi qu'il en soit, trois ou quatre semaines après la revaccination, les piqûres se transformèrent en ulcérations syphilitiques, et plusieurs malades présentèrent en diverses régions des accidents secondaires, reconnus tels par des médecins qui jugèrent convenable d'administrer le mercure.

Sur ces entrefaites, M. B..., en récompense du zèle qu'il avait déployé pour la santé publique, fut accusé, arrêté, jugé et condamné à deux mois de prison, comme coupable d'*impéritie*. Très coupable, en effet! car, enfin, il ne suffit pas de constater que l'enfant sur lequel on prend le vaccin est dans un état de santé parfaite; il ne suffit pas de s'assurer que son vaccin est de bonne nature, et que ses parents ont toujours été exempts de la vérole. Sous peine d'être accusé d'impéritie, le médecin doit faire plus encore; il doit prévoir l'avenir; il doit savoir rejeter le vaccin des enfants qui sont destinés à présenter plus tard une éruption suspecte, et à mourir d'un épanchement au cerveau plus ou moins syphilitique. S'il n'a pas le don de prophétie, malheur à lui! La reconnaissance publique le condamnera à deux mois d'emprisonnement. Voilà pourtant ce qui se passe en plein XIXe siècle, dans un pays civilisé! En était-il autrement à ces époques de barbarie sauvage, où les médecins répondaient sur leur tête de la guérison de leurs clients? Des voyageurs dignes de foi prétendent qu'aujourd'hui encore, au Japon, le médecin qui vient de perdre un malade haut placé n'a rien de mieux à faire qu'à prendre la fuite. Il paraît qu'il n'est pas nécessaire d'aller si loin pour rencontrer de pareilles institutions; et si Despréaux vivait encore, il trouverait, sans doute, malgré sa répulsion pour les mots allemands, le moyen d'introduire le nom de Coblenz dans ce fameux distique :

De Paris au Japon, du Japon jusqu'à Rome...

Je n'ose pas transcrire ici le second vers.

Tels sont, messieurs, les faits qui ont été invoqués jusqu'ici comme étant de nature à établir l'existence du virus syphilitique dans le produit de la vaccine. La plupart de ces faits sont tellement incomplets et s'accompagnent de circonstances tellement singulières, qu'ils n'ont aucune valeur. Nous y voyons que des individus vaccinés ou revaccinés ont présenté, peu de temps après, des accidents réputés syphilitiques. Mais, d'une part, la nature syphilitique de ces accidents est fort douteuse, et, d'une autre part, il est tout aussi douteux qu'il y ait eu relation de cause à effet entre leur apparition et la vaccination préalable. Des médecins, procédant avec une légèreté malheureusement trop commune, s'en sont laissé imposer par des propos de malades. Ne sait-on pas que le vulgaire est toujours disposé à voir des rapports de causalité là où il y a simple succession de deux phénomènes indépendants l'un de l'autre?

Souvenons-nous de ce qui eut lieu chez les deux enfants dont M. Pitton nous a raconté l'histoire, et qui présentèrent, six jours après l'inoculation vaccinale, des accidents réputés syphilitiques. Les parents de ces enfants ne manquèrent pas d'en accuser la vaccination. Mais l'innocuité du même vaccin sur les autres sujets inoculés permit de réduire à néant cette accusation injuste. Il aurait pu se faire cependant que M. Boucher n'eût vacciné qu'un seul enfant, et si la chose s'était passée à Coblenz ou à Fraienfels, il eût pu en résulter pour lui des conséquences désastreuses.

S'il est vrai de dire que la plupart des faits qui précèdent ne méritent aucun examen sérieux, il faut avouer cependant que deux d'entre eux sont graves et difficiles à interpréter : ce sont ceux de MM. B... et Hübner. Ces deux faits ont donné lieu à une enquête et ont abouti à une condamnation judiciaire, et il

n'en eût certainement pas été ainsi, s'il n'y eût eu dans leur nature même plusieurs circonstances inexplicables. L'exposé qui précède vous a, je l'espère, convaincus que ces deux médecins n'étaient ni condamnables, ni même blâmables d'avoir agi comme ils l'ont fait; et comme moi, sans doute, vous concevrez des doutes sur la nature syphilitique et surtout sur l'origine des accidents qui se sont développés quelque temps après la vaccination. Mais en laissant de côté la partie judiciaire de ces deux déplorables histoires, il reste bien des points obscurs sur lesquels la science, je le crains bien, n'est pas près de se prononcer.

Malgré les nombreuses et importantes recherches des observateurs modernes, il y a encore dans l'histoire de la syphilis bien des questions controversées, parmi lesquelles on doit placer en première ligne tout ce qui se rattache à la transmissibilité de cette affection. Tout le monde est d'accord sur l'inoculabilité des accidents primitifs dans les conditions ordinaires, et les exceptions constatées chez les sujets soumis à l'expérimentation des syphilisateurs n'ont vraiment rien à faire ici. Mais la contagiosité des accidents secondaires est très loin d'être aussi solidement établie, et celui qui, pour résoudre une question aussi épineuse, se bornerait à compter les voix des partisans et des adversaires de cette contagiosité, arriverait bientôt à un doute infranchissable (1).

Une partie de la difficulté disparaît lorsqu'on établit une distinction entre la contagion qui s'effectue par le contact des produits de sécrétion sur une large surface, et celle qui résulte de l'inoculation proprement dite. Cela explique peut-être la différence des résultats obtenus par les divers observateurs. M. Ricord et ses partisans se servent surtout de la lancette; les

(1) Il n'est pas inutile de rappeler que ce rapport a été lu à la Société en 1855, quatre ans avant la célèbre discussion de l'Académie de médecine.

expérimentateurs allemands, au contraire, ont fréquemment recours à l'insertion du pus ou même du sang des vérolés sur la surface du derme préalablement dénudée par un vésicatoire. Il serait possible que le pus des accidents secondaires n'eût que de très faibles propriétés contagieuses; que, à l'instar de plusieurs substances délétères, il eût besoin, pour produire ses effets, d'être absorbé par une large surface, et qu'il restât sans action, lorsqu'on se contente de le mettre en contact avec une solution de continuité presque imperceptible.

Pour ma part, je conserve des doutes sur l'inoculation *par la lancette;* mais, après avoir pris connaissance des faits récents publiés à l'étranger, je n'hésite pas à admettre la contagion de la syphilis secondaire *par les surfaces.* Je m'explique ainsi les résultats contradictoires qui ont été obtenus par des expérimentateurs également habiles, également dignes de foi. Mais je désire, avant tout, ne pas sortir des limites de la question qui fait l'objet de ce rapport, et je laisse de côté tout ce qui se rattache à la contagion par les surfaces, pour ne m'occuper que de la transmissibilité des accidents secondaires par l'inoculation. C'est là, en effet, le seul mode de propagation de la prétendue *syphilis vaccinale.*

Le jour où il serait démontré que les accidents secondaires ordinaires ne sont jamais inoculables, la question de la syphilis vaccinale serait définitivement et négativement résolue. On peut se demander, à la rigueur, si le vaccin des individus syphilitiques n'est pas susceptible d'être modifié par l'existence concomitante de la diathèse vérolique, et d'acquérir des propriétés analogues à celles des accidents *secondaires.* C'est la seule hypothèse que puissent invoquer les partisans de la syphilis vaccinale; car il est bien évident qu'il n'y a aucun rapprochement à établir entre un bouton de vaccin, quelque modifié qu'on le suppose, et un chancre *primitif.*

C'est ce que M. Pauli, de Landau, a parfaitement compris, et c'est ce qui l'a conduit à commencer son travail par un chapitre sur la non-inoculabilité des accidents secondaires en général. MM. Ricord, Cullerier, Gosselin, beaucoup d'autres encore, et avant tous, l'illustre John Hunter, étaient déjà parvenus au même résultat. Si cette doctrine consolante pouvait prévaloir, il n'y aurait vraiment pas lieu de discuter plus longtemps sur le cas particulier de la prétendue syphilis vaccinale. Malheureusement, la science est loin d'avoir dit à cet égard son dernier mot. A côté des autorités précédentes, nous trouvons des autorités contradictoires, et pour ne citer que nos collègues, personne ici n'ignore que MM. Vidal et Richet ont rapporté plusieurs cas où l'inoculation des accidents secondaires a produit des résultats positifs. Il ne m'appartient pas de prononcer sur une question qui divise aujourd'hui tant d'observateurs éminents. Je puis dire toutefois que j'ai passé une année entière à l'hôpital du Midi dans le service de M. Ricord, que j'ai assisté alors à d'innombrables expériences, que j'en ai fait moi-même plusieurs pendant mon intérim à l'hôpital de Lourcine, et que je n'ai jamais vu réussir l'inoculation des accidents secondaires.

Je m'empresse d'ajouter que toutes les personnes inoculées étaient déjà atteintes de syphilis constitutionnelle. J'ignore ce que ces expériences produiraient sur des individus parfaitement vierges de toute vérole antérieure ou actuelle, et je ne chercherai jamais à m'éclairer sur ce point.

Je suis loin de nier l'exactitude des résultats obtenus par les autres observateurs, mais il me semble démontré qu'en tous cas ces inoculations ne réussissent que dans des conditions exceptionnelles.

Quoi qu'il en soit, il suffit que la question soit encore en litige, pour qu'elle ne doive pas sortir du sanctuaire de la science, et pour que les tribunaux judiciaires n'aient pas le

droit de s'en emparer. Si la contagiosité des accidents secondaires est contestée, celle du vaccin soi-disant syphilitique doit à plus forte raison être regardée comme douteuse, et cette seule considération aurait dû suffire pour mettre MM. B... et Hübner à l'abri des condamnations dont ils ont été victimes.

D'ailleurs, qu'on ne s'y trompe point. Lors même que la syphilis secondaire serait contagieuse et inoculable comme les accidents primitifs, la question de la syphilis vaccinale n'aurait même pas reçu un commencement de solution. Il resterait à démontrer, ce que personne n'a fait jusqu'ici, que les pustules du vaccin se comportent autrement chez les individus syphilitiques que chez les autres, et qu'elles subissent, sous l'influence de la diathèse générale, des modifications qui leur donnent à la fois les propriétés du virus vaccinal et celles du virus syphilitique. Non-seulement cette démonstration n'a pas été donnée, mais encore il y a déjà des faits positifs qui déposent en sens contraire. M. Pauli cite deux médecins qui furent inoculés le même jour avec du vaccin provenant d'un enfant syphilitique (1). Le résultat de l'inoculation fut nul dans les deux cas. L'un des deux médecins inoculés eut plus tard le scorbut, mais personne ne voudra faire dépendre cette affection de l'insertion d'un virus quelconque. M. Pauli lui-même a plusieurs fois voulu se faire inoculer le prétendu vaccin syphilitique, mais il n'a pu s'en procurer, toutes les tentatives qui ont été faites par ses collègues, MM. Bopp et Duschek, n'ayant pu réussir à faire développer la vaccine sur des vérolés adultes.

Mais à quoi bon ces expériences? Il suffit de réfléchir à l'innombrable quantité d'individus atteints de syphilis latente ou patente, et à la quantité bien plus considérable encore de vaccinations et de revaccinations qui se pratiquent chaque année dans tout le monde civilisé. L'inoculation vaccinale a peut-être

(1) Page 50.

été répétée un milliard de fois depuis le commencement de ce siècle, et si la vérole se propageait par cette voie, c'est par dizaines de mille qu'on compterait les cas d'infection vaccino-syphilitiques. Qu'on ne dise pas que les faits de ce genre ont pu, quoique très nombreux, passer inaperçus. Pour les dévoiler, et au besoin pour les inventer, on peut s'en rapporter à la méfiance inquiète et à la sollicitude inintelligente des familles. Si donc le bilan de la syphilis vaccinale se réduit à cinq ou six faits observés, on a presque le droit d'en conclure que ces faits sont inexacts ou mal interprétés.

On objecte que la diathèse syphilitique est rare chez les enfants. Elle est moins rare peut-être qu'on n'a bien voulu le dire, et en tous cas il serait risible de prétendre qu'on n'a eu que cinq ou six fois depuis un demi-siècle l'occasion de prendre du vaccin sur des enfants vérolés. D'ailleurs, vous n'avez pas oublié que plusieurs des enfants qui ont fourni le virus vaccino-syphilitique étaient atteints simplement de syphilis *latente*. Cette syphilis latente élargit considérablement le domaine de la syphilis vaccinale, et avec une pareille ressource, il sera toujours possible à l'avenir d'attribuer à la vaccination l'origine d'un mal honteux qui pénètre dans les familles par une tout autre voie.

On ajoute que le vaccin, modifié par la vérole, ne possède, il est vrai, que de très faibles propriétés syphilitiques, mais qu'inséré sur des enfants exempts jusqu'alors de toute affection de ce genre, il suffit pour donner naissance à des manifestations secondaires. C'est ainsi qu'on explique la facilité avec laquelle la syphilis vaccinale se propagea dans le village de Frauenfels. On sait, en effet, que plusieurs observateurs allemands, M. Rinecker entre autres (1), admettent que les accidents secondaires sont contagieux seulement sur les constitutions vierges de

(1) *Prager Vierteljahrsschrift für praktische Heilkunde*, 1853, n. 4, anal. S. 24.

toute syphilis antérieure. Il est clair que le nombre de ces constitutions privilégiées est à son maximum dans la catégorie des nouveau-nés. Cette remarque, ou, si l'on veut, cette explication, s'applique peut-être aux enfants de Fraienfels. Mais que devient alors l'affaire de M. B..., où nous avons vu dix-neuf revaccinations pratiquées sur des individus qui avaient perdu depuis longtemps l'innocence du premier âge, donner lieu, suivant le tribunal de Coblenz, à des accidents syphilitiques? Il est vrai que le texte porte que la moralité de ces dix-neuf individus était *évidente*. Dieu me garde de jeter le moindre soupçon sur leur vertu collective! Heureuse la ville où dix-neuf personnes prises au hasard dans des conditions différentes et rassemblées seulement par le désir commun de se faire revacciner, présentent tous les symptômes d'une moralité évidente! Je ferai remarquer toutefois que les gens les plus chastes sont exposés à des infortunes domestiques, et que la vertu n'exclut pas la vérole, — surtout cette vérole *latente* qu'on tient de ses aïeux, et dont on a reçu le germe avant même de voir le jour.

Ce qui précède suffit, je pense, pour montrer que la transmissibilité de la syphilis par la vaccine ne repose jusqu'ici sur aucune preuve scientifique. Mais, parmi les faits que je vous ai cités, il en est deux, je le répète, qui sont fort difficiles à expliquer. C'est précisément parce qu'on ne les comprenait pas qu'on a eu recours à la dangereuse hypothèse de la syphilis vaccinale. M. Pauli, de son côté, a établi une autre hypothèse. Suivant lui, chez les enfants scrofuleux ou atteints de quelque autre diathèse, la vaccination peut irriter la peau et provoquer une éruption qui s'étend plus ou moins loin. Un simple exutoire produit quelquefois un résultat analogue. Peut-être aussi quelques-uns des accidents qui ont été observés résultent-ils de ce qu'on a pris le vaccin sur des pustules en pleine suppuration. M. Pauli insiste sur la différence qui existe entre le liquide

transparent et en quelque sorte lymphatique qui s'écoule ordinairement des pustules lorsqu'on les ouvre vers le huitième jour, et le liquide purulent qui distend quelquefois les pustules lorsque l'inflammation a été un peu trop forte. L'inoculation de ce *pus* vaccinal pourrait exercer sur l'organisme une influence nuisible, et donner lieu à une sorte de *pyohémie* chronique dont divers accidents pseudo-syphilitiques deviendraient ensuite la conséquence. Mais, je le répète, ce n'est là qu'une hypothèse, impuissante d'ailleurs à expliquer toutes les particularités de l'affaire de Fraienfels et de celle de Coblentz. Peut-être est-il plus prudent d'avouer simplement notre ignorance, et de reconnaître que dans l'état actuel de la science aucune doctrine, aucune théorie, aucune hypothèse, pas même celle de la syphilis vaccinale, n'a pu jusqu'ici dissiper l'obscurité qui entoure ces faits étranges (1).

(1) Ce rapport, renvoyé au comité de publication le 11 juillet 1855, par un vote de la Société, et déposé sur le bureau le jour même, a été malheureusement égaré pendant plusieurs années et n'a été retrouvé que tout récemment.

Depuis que ce travail a été communiqué à la Société, le même sujet a donné lieu à plusieurs publications, parmi lesquelles je citerai surtout le mémoire de M. James Whitehead, de Manchester (1859), et celui de M. Viennois, de Lyon (1860). La conclusion principale de M. Viennois est que l'inoculation du liquide vaccinal proprement dit ne peut pas transmettre la syphilis, quel que soit le degré de saturation syphilitique du sujet; mais que l'inoculation vaccino-syphilitique est possible lorsque le vaccinateur entame avec sa lancette la base de la pustule, et que quelques parcelles de sang se mêlent au vaccin. Celui-ci deviendrait alors inoculable comme le sang lui-même. (Voy. *Archives générales de médecine*, 1860, t. I, p. 641, et t. II, p. 32 et 297.)

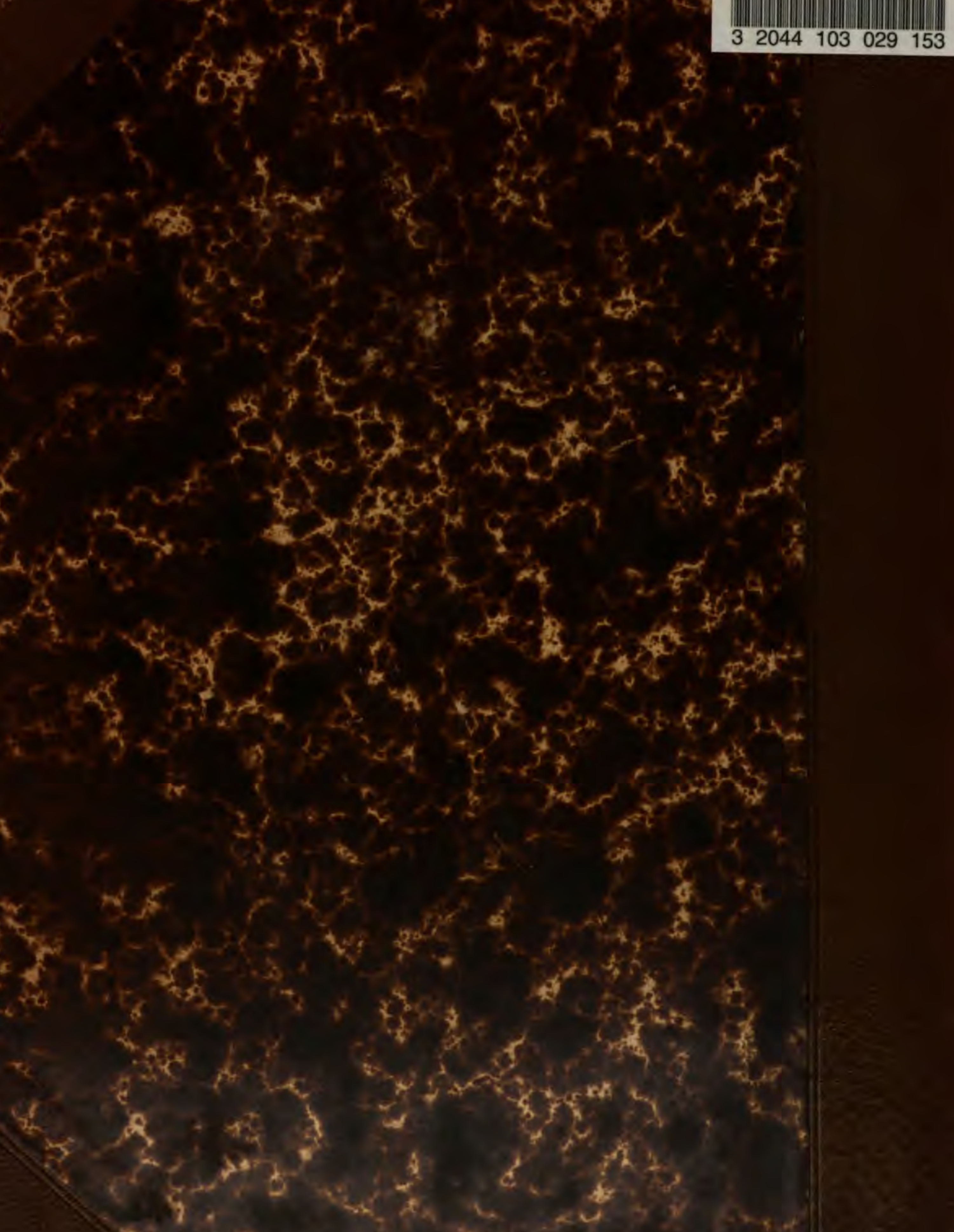
FIN DU CINQUIÈME VOLUME.



Gendre ad naturam del.

Imp. Lemercier Paris


A
B
Q
H
E
M
I
K


3 2044 103 029 153